ACTIVE HEALTH REPORT

THE ACTIVE HEALTH REPORT ON WOMEN

Canada

Published by authority of the Minister of National Health and Welfare, 1990

Également disponible en français sous le titre « Action Santé : les femmes »

© Minister of Supply and Services Canada 1990
Catalogue number H39-172/1990E
ISBN 0-662-17631-6

ACTIVE HEALTH REPORT

THE ACTIVE HEALTH REPORT ON WOMEN

90-06462/

CONTENTS

Introduction 3

Chapter 1
How Women in Canada
Rate Their Health 5

Chapter 2
Reducing Inequalities 8

Chapter 3
Increasing Prevention 14

Chapter 4
Coping, Caring and
Social Support 22

Afterword 29

INTRODUCTION

"For their effective participation in health promotion women require access to information, networks and funds. All women, especially those from ethnic, indigenous and minority groups, have the *right to self-determination of their health*, and should be full partners in the formulation of healthy public policy to ensure its cultural relevance."

From the *Conference Statement*, The Adelaide Recommendations for Healthy Public Policy, 1988.

The *Active Health Report on Women* is one of a series of interpretive reports based on Canada's Health Promotion Survey — a survey of the health knowledge, attitudes, beliefs and practices of adult Canadians, conducted for the Health Promotion Directorate of Health and Welfare Canada by Statistics Canada in June 1985.

Along with the *Active Health Report on Seniors*, it is one of two reports that deals with specific population groups. These reports use the survey data to explore health needs and health status as group members themselves see it. They also discuss the survey in the context of the health promotion model presented in the Health and Welfare Canada document, *Achieving Health for All: A Framework for Health Promotion*. The aim is not to provide a definitive portrayal of the health status of each group, but to raise and answer questions, and to stimulate discussion about how we can best enable members of each group to attain their personal aspirations for health.

As in all the reports in the *Active Health* series, the primary tool used in assessing health status is self-rated health. The survey questioned women on how they rate their own health, their stress, their happiness, and their degree of health-related activity limitation. The survey also examined women's health-related behaviours. By looking at health as Canadian women themselves see it and live it, we are able to examine issues in women's health in their own terms.

This orientation differs somewhat from traditional health surveys which focus on health problems, rates of mortality and morbidity, and risk factors such as smoking, alcohol and drug use, impaired driving and safety. To some degree this orientation is evident in Canada's Health Promotion Survey, which questioned respondents widely on health practices and attitudes related to traditional risk factors. This focus on lifestyle is not meant to imply that individual behaviours are always within the individual's control. Fortunately, the survey also provides data that allow an exploration of women's health in a broader context.

In Chapter 1 — "How Women in Canada Rate Their Health" — we investigate the relationship between women's self-rated health, happiness and activity-limiting health problems. Although other surveys report that women have a high incidence of health problems, in Canada's Health Promotion Survey women rated their health highly. This discrepancy points to a need to develop approaches to the promotion of women's health that are not based strictly on health problems or encounters with the health care system, but which put health in the context of the everyday living conditions of women.

In Chapter 2 — "Reducing Inequalities" — we look at five different groups of women: poor women, women with limited levels of education, unemployed women, senior women and Native women. The survey findings show consistent evidence of inequalities in health, and indicate a critical need to develop responses that are sensitive to the needs and life circumstances of different groups of women, and address the underlying social inequities that affect their health status.

In Chapter 3 — "Increasing Prevention" — we find that women report positive habits and practices for

Canada's Health Promotion Survey[1] *Canada's Health Promotion Survey was a telephone survey undertaken by the Health Promotion Directorate of Health and Welfare Canada, conducted on its behalf by Statistics Canada in June 1985. The survey used random digit dialing technology to contact households across Canada. The response rate was over 80%. Over 11,000 adult Canadians age 15 and older were asked 109 questions covering 250 items of information, creating a massive database which should continue to generate useful insights for many years.*

Despite its size and range, the survey had significant limitations which directly affect an overall view of womens' health. First, the survey excluded those in hospitals and in chronic care homes. Second, Canada's first Health Promotion Survey did not include questions on every health topic. Certain very important topics, such as dental health, family responsibilities, sexuality, violence, occupational health, reproductive health and womens' roles as health guardians in the home were excluded. Finally, because it was a telephone survey, it excluded the 3% of Canadians without telephones. Although this does not greatly bias the aggregate picture, it is significant given the relationship between health and economics that the Active Health Report *documents.*

the majority of behavioural risk factors examined in the survey. However, the survey found that there is still a need for increased prevention in several areas: smoking among young women, attitudes about weight control, and sedative drug prescription and use by older women. Future efforts to promote women's health may need to consider a broad range of factors, taking into consideration the social context as well as the behavioural determinants of women's health.

In Chapter 4 — "Coping, Caring and Social Support" — we look at the capacity of women to cope with activity limitation, stress, unhappiness, and limited social and economic resources, and the need to enhance women's capacity for control in light of challenging environmental demands.

The central insight gained in this report is that we will not be able to adequately understand women's health issues if we choose to merely imitate the problem-centred, risk factor approach that characterizes traditional health promotion strategies. Understanding women's health means understanding their aspirations for health, the demands that the environment and life circumstances make on women, the resources women have for coping with these demands, and the nature and extent of the gap between these demands and resources.

Combined strategies of increased self-care, mutual aid and the promotion of healthy environments may reduce the disparities, but only if we invite and support the full and equal participation of women in health promotion planning and decision making.

1 *A complete description of the survey is provided in "Canada's Health Promotion Survey: Technical Report."*

1 HOW WOMEN IN CANADA RATE THEIR HEALTH

The central concern in the Active Health Report on Women *is health as Canadian women themselves see it and live it: how they rate their health, and their health-related attitudes, actions, intentions and beliefs. In looking at these measures, we find that some traditional indicators of health — in particular, morbidity and health care use statistics — are not indicative of health as women themselves understand it. This discrepancy indicates a need to develop an understanding of women's health that is not based strictly on health problems.*

Self-Rated Health

The first chapter of the *Active Health Report: Perspectives on Canada's Health Promotion Survey*, examined the way adult Canadians rate their own health. Respondents were asked, *"In general, compared to other persons your age, would you say your health is excellent, very good, good, fair or poor?"* Overall, respondents tended to rate their health quite highly. This assessment seemed to conflict with the high rates of health problems and use of medical services reported by earlier surveys. If people have so many problems, the report asked, why do they insist on rating their health as they do?

The solution, suggested the report, lies in the view we hold of health. Conventionally, individual health has been measured in terms of the presence or absence of specific diseases or disabilities, or in terms of other readily measurable phenomena such as the use of medical services. You are healthy, according to this definition, so long as you are not ill.

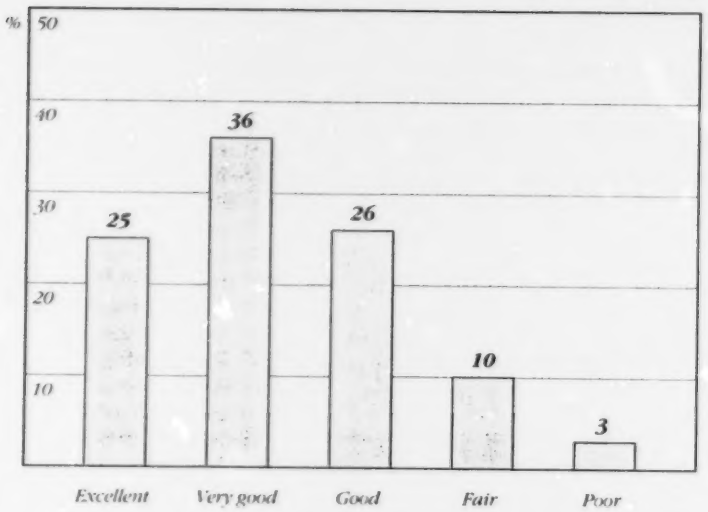
Increasingly, however, we are coming to understand health more positively. Health is more than just the absence of problems or disease. It is, as the World Health Organization puts it, "a resource for everyday living" — a measure of the individual's capacity to cope with life circumstances and the environment. When health is viewed in this way, then individual self-ratings of health give us an insight into health in the context of everyday life — into health the way individual Canadians themselves see it and live it. Moreover, self-rated health need not directly reflect more objective measures to be legitimate, as specific health problems and disabilities do not necessarily diminish a person's capacity to deal with life circumstances.

The self-rated health of Canadian women as reported in the survey was nearly identical to that of the population as a whole. When asked to rate their own health in relation to others of their age, the overwhelming majority of adult Canadian women rated it highly: 87% of the women surveyed reported that their health was good, very good, or excellent for their age. Thirteen percent of female respondents rated their health as fair or poor.

Happiness

Just as self-rated health can be a useful indicator of overall health, self-rated happiness can be a useful indicator of emotional health. As well, levels of happiness may influence perceptions of health itself: less happy women might be inclined to rate their health less highly. Thus, asking respondents about both health and happiness helps to put self-ratings of health into context. In Chapter 4, we look further at happiness, in the context of coping. Respondents were asked: *"In general, would you say you're very happy, pretty happy or not too happy?"* Self-ratings of happiness closely reflected self-ratings of health. Forty-three percent of women said that they were very happy, 52% said they were pretty happy and 5% said they were not too happy.

Fig. 1.1
Women's
Self-rated Health



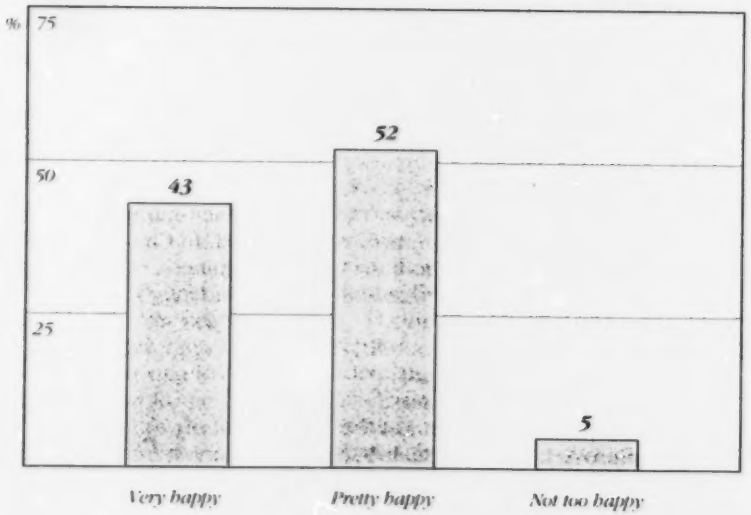
Most women (87%) rated their health as good, very good or excellent. A minority (13%) rated it as fair or poor

Activity Limitations[2]

Respondents were asked: "Are you limited in the kind or amount of activity you can do because of a long-term physical condition or health problem? By 'long-term' I mean a condition that has lasted or is expected to last six months or more." Overall, women reported slightly more activity limitation than men: 18% of women answered "yes" to the question, compared to 14% of men.

The differences between men and women in self-reported activity limitation existed across all age groups. It was at its least among respondents aged 25 to 34. In that age group 10% of women and 8% of men reported activity limitations. Among those over 65, 37% of women and 31% of men reported activity limitations.

Fig. 1.2
Women's
Self-rated
Happiness



The overwhelming majority of Canadian women (95%) rate themselves very happy or pretty happy.

Self-Rated Health and Activity Limitations

Given a problem-centred view of health, it might be expected that women reporting activity limitations would describe their health as only fair or poor. Among women responding to the survey, however, this was not the case. A majority — 60%— of women with activity limitations rated their health as good, very good or excellent. Although this was exceeded by 93% of women without activity limitations who rated their health similarly, a large number of women responded in a manner contrary to conventional expectations. It appears, therefore, that the presence of activity limitations does not necessarily cause a woman to characterize her health as fair or poor.

2 Interested readers may want to consult "Canada's Health Promotion Survey: Special Study on Adults with an Activity Limitation" for futher information.

ISSUES AND CHALLENGES

This chapter presents us with a key issue in understanding women's health.

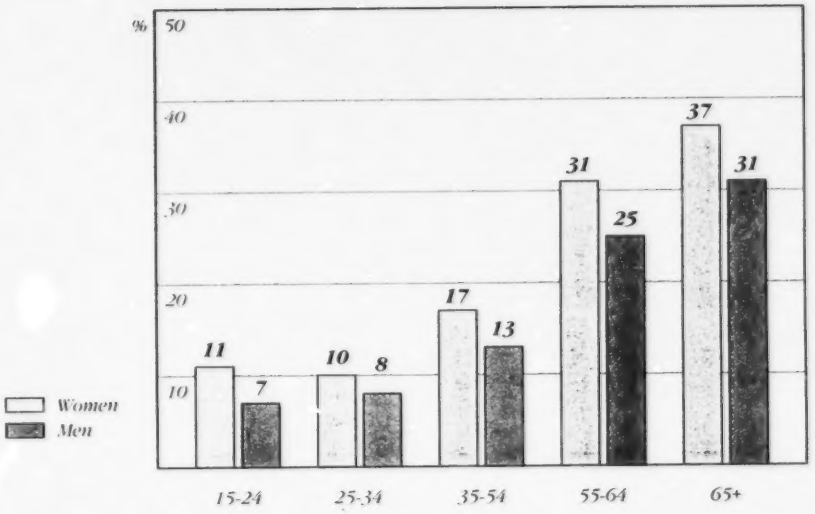
On one hand, Canada's Health Promotion Survey found that the great majority of women consider their health to be good to excellent. On the other hand, we know that women report more health problems and are more frequent users of health services than are men. According to the 1981 Canada Health Survey, for example, of all the health problems affecting Canadians, 60% were reported by women and women averaged more than twice as many major activity-loss days as men. Similarly, Canada's Health Promotion Survey found that across all age groups, women report more activity-limiting health problems than do men.

Seemingly, traditional measures of illness, activity limitation and use of the health care system fail to provide a complete picture of women's health. In this survey, the majority of women with activity limitations rated their health as good or excellent. Women's encounters with the health care system also provide an inaccurate reflection of their health as physician visits and hospitalization often relate to reproductive health, pregnancy, childbirth and childcare — all natural, healthy processes in women's lives.

Canadian women see health as more than the absence of disease, and they see themselves as basically healthy. Their views support a model of health which takes into account social, mental, emotional and physical well-being.[1]

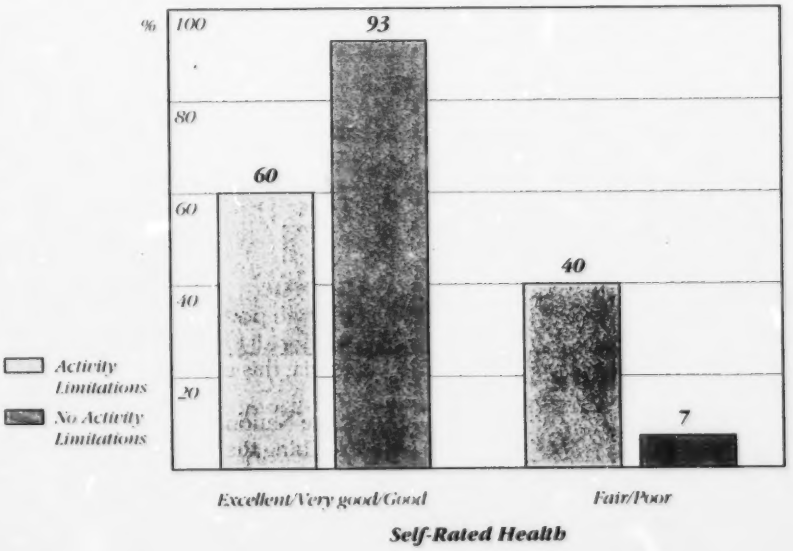
While activity limitations had a strong effect upon how women rated their health, even among women reporting activity limitations, a majority — 60% — still rated their health as good, very good, or excellent.

Fig. 1.3
Activity Limitations: Women and Men by Age



Self-reported activity limitation was one measure of health in which women differed from men. Consistently, and in every age group, women reported higher rates of activity limitation than men did. Generally speaking, the differences between men and women increased somewhat with age.

Fig. 1.4
Self-rated Health and Activity Limitations



2

REDUCING INEQUITIES

In this chapter we focus on five different groups of women: poor women, women with limited education levels, unemployed women, senior women and Native women. We find that each of these groups of women consistently rate their health less well than other women. The findings underline the need to develop health promotion mechanisms that are sensitive to the needs and life circumstances of different groups of women, and that address underlying social inequities in the prerequisites for health.

Historically, social and economic disadvantage have been negatively related to health. Low-income people in Canada, for example, suffer more health problems than others and tend to have shorter life expectancies. At the same time, low income has been shown to reduce not only the accessibility of health services, but also to have a bearing on education and occupation, disability and lifestyles. Achieving Health for All: A Framework for Health Promotion states that "There is disturbing evidence which shows that despite Canada's superior health services system, people's health remains directly related to their economic status." It goes on to present the reduction of inequities between advantaged and disadvantaged Canadians as one of the central challenges facing health promotion.

In this chapter we look at how income, as well as education, employment, age and Native origin, separately and in various combinations, directly affect women's health.

Income

Although poverty constitutes a health issue for all low-income people in Canada, this is especially so for women.

The National Council of Welfare, in describing the "feminization of poverty," notes that women are over-represented among Canada's poor. Although they make up 51% of the population, 57% of the low-income people in Canada are female. Women comprise 62% of poor, unattached individuals; and over half of one-parent families headed by women are poor.

Based upon household incomes and family size, respondents to Canada's Health Promotion Survey were divided into five income categories: very poor, poor, lower middle income, upper middle income and high income.[3]

Poor and very poor women were much less likely to say that their health was excellent or very good for their age, and much more likely to report it as fair or poor, than were their high-income counterparts. Fifty-eight percent of very poor women rated their health as very good or excellent compared to 82% of women with high incomes, while 23% of the very poor rated their health as fair or poor, compared to only 6% of high income women.

Two trends are evident in these ratings. First, the number of women reporting their health as fair or poor decreases as we move up the income scale. Second, the percentage of women reporting their health as excellent or very good increases with income, with one exception: poor women were substantially less likely to describe their health as very good or excellent than were the very poor.

These results may appear to be attributable to the fact that a disproportionate number of poor women are seniors, and seniors tend to report more health problems than younger women. When the analysis is limited to women under the age of 65, however, a very similar pattern emerges. Whereas 82% of high-income, non-

3 The actual computation of these income groups is described in detail in "Canada's Health Promotion Survey: Special Study on the Socially and Economically Disadvantaged." The Technical Report also includes detailed tabulations on several of the topics addressed in this section.

senior women rated their health as very good or excellent, this was true of only 52% of poor and 62% of very poor women.

A similar relationship between income and health can be observed when one looks at long-term activity limitations. Although the pattern is somewhat less pronounced, both poor and very poor women reported substantially higher rates of activity limitations than did women with higher incomes. Twenty-three percent of poor women and 20% of the very poor reported activity limitations, compared to 15% of lower middle income women and 14% of women with incomes above that level.

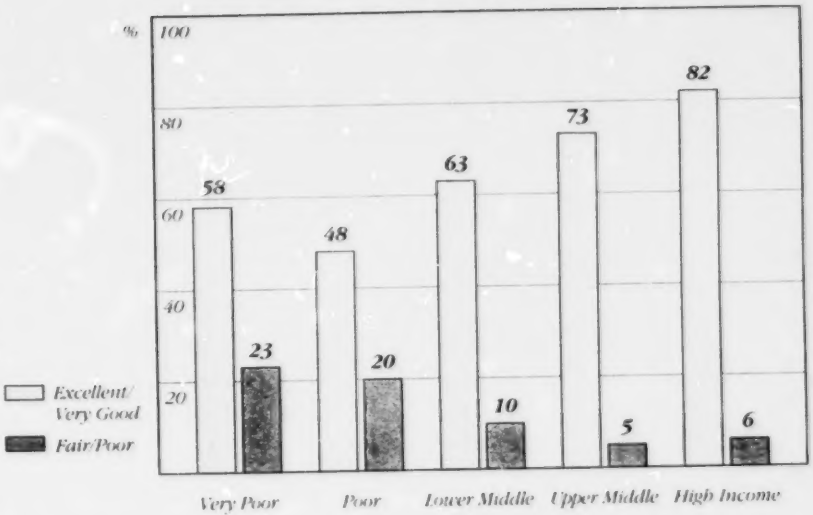
Education

Education constitutes an important resource for health in at least two ways. It increases accessibility to health information and the capacity to make informed decisions about health. Education can also affect health indirectly, through its relationship to other health resources such as income and employment.

Women were grouped into four categories based on their highest level of educational attainment: less than secondary, some secondary, completed secondary and post-secondary. Among women with less than secondary educational attainment, 40% considered their health to be very good or excellent, while 28% rated their health as fair or poor. By contrast, among women with post-secondary education, 71% rated their health as very good or excellent, while only 7% said that they were in fair or poor health.

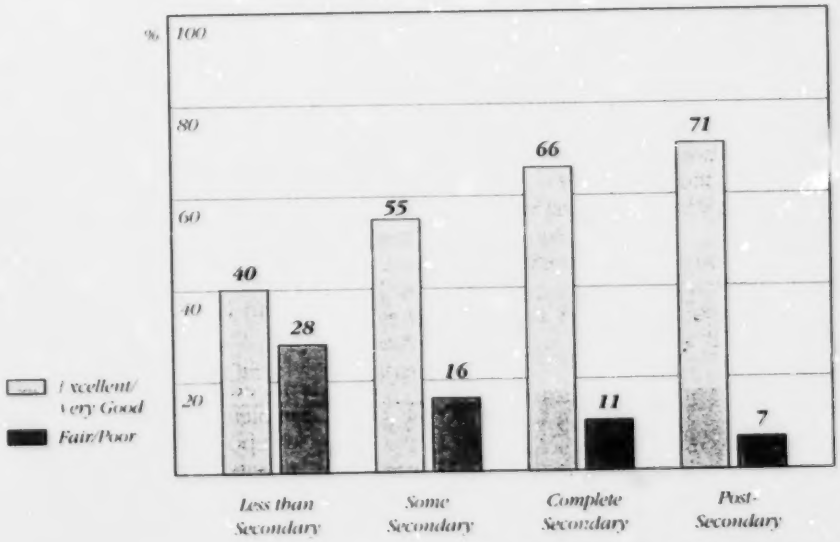
Again, these results may be attributable in part to the fact that a disproportionate number of the women with less than secondary education are seniors, who typically report higher rates of health problems. When senior women are omitted, however, the trend remains the same. Among women under the age of 65 with less

Fig. 2.1
How Women Rate their Health, by income



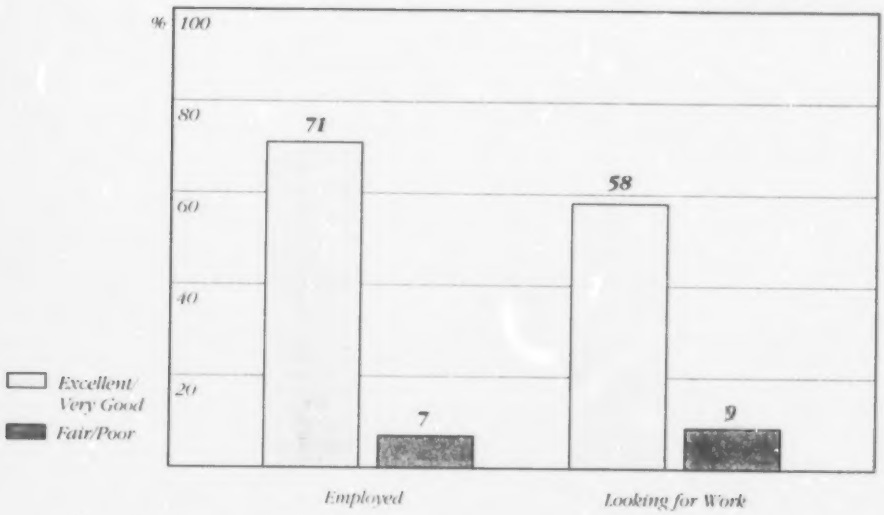
While 82% of high income women described their health as excellent or very good, only 48% of poor women and 58% of the very poor did similarly.

Fig. 2.3
How Women Rate their Health, by Education



Women with higher levels of education were much more likely to rate their health as very good or excellent for their age than were women with lower educational attainment.

Fig. 25
How Women Rate Their Health, by Employment



Women who are employed are more likely to characterize their health as very good to excellent than are women who are looking for work.

than secondary education, 45% rated their health as excellent or very good, and 22% said that their health was fair or poor. Among non-senior women with post-secondary education, 72% rated their health as excellent or very good, while only 6% said that their health was fair or poor.

Educational attainment is also strongly related to activity limitations reported by women. Among women with less than secondary education, 32% report activity limitations. The proportion of women reporting long-term activity limitations decreases steadily as level of education increases: 20% of women with some secondary education, 16% of women with completed secondary and 15% of those with post-secondary education report activity limitation.

Unemployment

Unemployment can affect health directly through its relationship to anxiety, depression or loss of self-esteem; or indirectly, through its influence upon such other health resources as income and housing. Employment can have a positive effect on health by increasing self-esteem and access to information on health and lifestyle programs, or a negative effect, particularly for those employed in stressful, demeaning or hazardous occupations. In Canada's Health Promotion Survey, unemployed is defined as being a member of the labour force who is looking for work. The definition excludes women who work at home or who are no longer looking for work.[4]

When women currently employed outside the home and those looking for work were surveyed with respect to self-rated health, 71% of employed women compared to only 58% of unemployed women said that their health was very good to excellent. In contrast, employed women were only slightly less likely than women who were looking for work to describe their health as fair or poor. Many of those women who have ceased looking for work are quite possibly in fair or poor health.

Eighteen percent of women who were looking for work reported a long-term activity limitation, compared to 13% of employed women. This may understate the extent of health problems among unemployed women — there may be many women who have ceased to look for work because of a serious health condition and who are no longer considered to be either unemployed or looking for work.

4 *Detailed results for specific labour force groups are available in "Canada's Health Promotion Survey: Special Study on Labour Force Groups."*

Age[5]

Since women have a longer life expectancy than men, they make up the larger share of Canada's older population. Women account for almost two thirds of people in Canada aged 75 and older. On average, they report substantially lower incomes and educational attainment than do senior men. The health problems of seniors, therefore, are closely linked to the health problems of poor women and women with low levels of education.

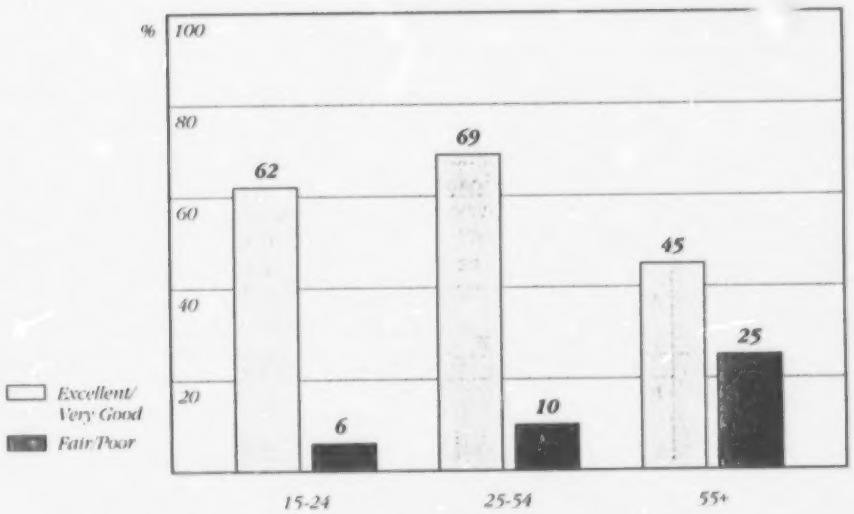
Although the majority of senior women report good health, they typically report lower rates of good health and higher rates of health problems than do younger Canadians. Some of these problems may be related to the biological aging process, which, in turn, may be accelerated by social and economic forces, as well as occupational factors.

Only 45% of women age 55 and older considered their health to be very good or excellent for their age, compared to 69% of women age 25-54 and 62% of those age 15-24. Seventy-five percent of women age 55 and more rated their health as good, very good or excellent for their age, compared to 90% of women age 25-54 and 94% of women age 15-24. It is important to keep in mind that these figures represent women comparing themselves not to the population as a whole, but only to others their own age. Thus, these self-ratings are likely influenced by some element of these women's life circumstances other than their age.

Senior women were substantially more likely to report activity limitation than younger women. Thirty-seven percent of women above the age of 65 and 31% of women age 55-64 reported a long-term activity limitation, compared to only 14% of those age 25-54 and 11% of women age 15-24.

5 *For more information on senior's health, see the "Active Health report on Seniors." Those readers interested in youth may wish to consult "Canada's Health Promotion Survey: Special Study on Youth."*

Fig. 2.6
How Women Rate Their Health, by Age



Senior women tended to rate their health more poorly than did younger female respondents.

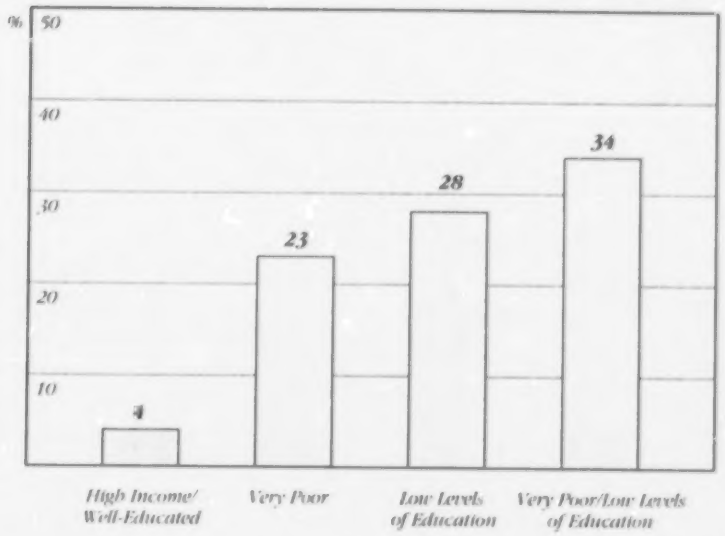
Native Women[6]

In Canada's Health Promotion Survey Inuit and Dené women in the Northwest Territories (NWT) were substantially less likely to report their health as very good or excellent, and substantially more likely to characterize it as fair or poor than were non-Native women. Although 25% of Inuit and 47% of Dené women surveyed rate their health as very good or excellent, 64% of non-Native women in the NWT and 60% of women in the rest of Canada rated their health this highly. Nineteen percent of Inuit and 14% of Dené women rated their health as fair or poor compared to only 6% of non-Native women and 3% of the rest of Canada's female population.

In spite of the differences in self-rated health of Native and non-Native women, Inuit, Dené and non-Native women in the NWT nevertheless reported levels of activity limitation lower than those of women in the rest of Canada. Fourteen percent of Inuit women, 13% of Dené women, 15% of non-Native women in the NWT and 19% of the rest of women in Canada reported activity limitations.

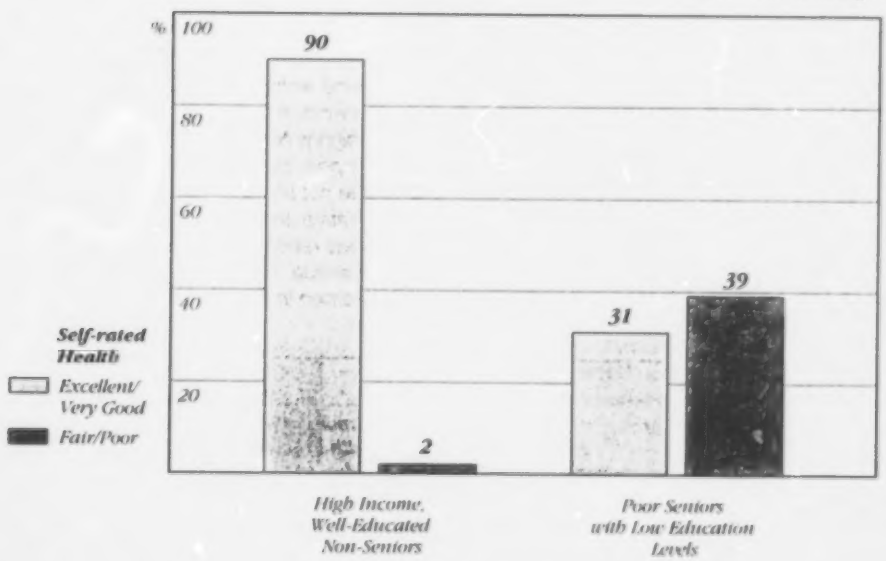
6 *For more information consult "Canada's Health Promotion Survey in the Northwest Territories."*

Fig. 2.7
Percentage of Women Who Said That Their Health Was Fair or Poor



Although only 4% of high income, well-educated women rated their health as fair or poor, this number rose to 28% among those with low levels of education, and to 34% among women who are very poor and have low levels of education.

Fig. 2.8
Some Interrelationships



When we look at the combined effects of age, education and income, the pattern is even more striking.

Multiple Disadvantages

Although we have looked at income, education, employment and age as if they occur in isolation, in reality many women live with more than one of these conditions. There is little doubt that combinations of any of these factors can further complicate a person's struggle to be healthy. Moreover, disadvantages are likely to occur together: people with low levels of education are more likely to be poor. We have examined, therefore, the effects of two of the many possible combinations of factors: women with low levels of education and low incomes, and senior women with low incomes and low levels of education.

Among high-income women wtih high levels of education, only 4% reported their health as fair or poor. This rises to 23% among very poor women, and 34% among very poor women with low levels of educational attainment. Overall, a very poor woman with less than secondary education is 8.5 times more likely to describe her health as fair or poor than is a high-income woman with post-secondary education.

The same pattern holds when one looks at activity limitations. Eleven percent of high-income, well-educated women report activity limitations; this rises to 37% among poor women with low levels of education.

Among high-income, well-educated women under the age of 65, 90% report their health as very good or excellent for their age, while 2% consider their health to be fair or poor. In contrast, only 31% of poor senior women with low levels of education consider their health to be very good or excellent for their age: 39% say that their health is fair or poor.

The same pattern holds when one looks at activity limitations. Among high-income, well-educated women under the age of 65, 11% report activity limitations. Among poor senior women with low levels of education, this rises to 63%.

ISSUES AND CHALLENGES

Canada's Health Promotion Survey shows that factors such as income, age, education, employment status and Native origin are important determinants of how women rate their own level of health. Although there has been some progress in recent years, women are still more likely than men to be poor, poorly educated, underpaid, unemployed or employed in low-paying occupations. The promotion of health for all must include systematic efforts to reduce some of these fundamental inequalities in the prerequisites of health.

Some of the data in this chapter have suggested that the perceived health of poor women may be at a greater disadvantage than that of very poor women. There are three possible explanations for this apparent discrepancy. First, the very poor group may include a large number of students whose economic well-being is not well represented by income. Second, the welfare safety net provides certain health resources to the very poor that might not be equally available to poor working women. Third, many low-paying occupations may themselves have negative health consequences by requiring people to perform repetitious, demeaning or even hazardous work — negative consequences that can more than off-set the health benefits of increased income.

Education is an important precursor to health, particularly given that most health promotion efforts have focused on informing the public. In view of education's positive effect upon health and women's key role as health guardians and educators in the home, efforts to promote health must also be concerned with improving literacy levels for women in Canada. Similarly, we need to develop innovative and alternative ways to promote health that are sensitive to the needs and supportive of the skills of disadvantaged women.

Although Native women rate their health less highly than non-Native women, they report activity limitations in similar numbers. This raises questions about how perceived activity limitations, living conditions and social support interact to influence health. It also reflects the need to design health promotion approaches that are sensitive to cultural differences in women's perception of health.

Canada's Health Promotion Survey focused on health in relationship to paid employment and unemployment, and health. It did not solicit information on women's caregiving role or on relationships between unpaid work in the home and paid work outside the home. Other studies have indicated that these factors have an important effect on women's health, particularly in terms of mental well-being.

Poor Working Women

Although women comprise 42% of the work force in Canada, they are over-represented in a number of low-paying occupations. Sixty-two percent of female workers in Canada are employed in clerical, service and sales positions.

Poor working women in the survey were predominantly young, with 39% under 25 years of age, compared to 14% of non-poor working women. Thirty-three percent of poor working women had completed less than secondary school, compared to 20% of non-poor women. Despite their younger age, poor working women rated themselves as far less healthy than did non-poor working women. When examined by labour category, the high rate of "fair to poor" health reported by women in the wholesale sector (22.4%) seems particularly noteworthy.

Working Women	*% Poor*	*% Non-poor*
Rate health as excellent/very good	*58*	*76*
Rate health as fair/poor	*11*	*5*
Report activity limitations	*14*	*12*
Receive information about health through their workplace	*20*	*63*
Aware of workplace accident-prevention programs	*38*	*62*

Despite their overall poorer health status, only 20% of poor working women had received information about health in their place of work during the past year, compared to 63% of non-poor working women. Only 38% of poor working women were aware of accident prevention programs in their place of work, compared to 62% of non-poor working women. No questions were asked about union activities or membership, which may be a factor in determining awareness of employer-sponsored or union-sponsored health promotion activities.

3

In Chapter 3 we turn from issues of equality to the ways in which women perceive their own efforts to maintain and enhance their health. Women are in the vanguard of healthy living, striving to adopt healthier lifestyles and advocating government action regarding health policies and programs. Yet, there is considerable room for improvement.

In the past 20 years health enhancement has become an important personal goal for many Canadians. The predominant image of this sense of personal responsibility for health has been largely that of healthy women — women participating in physical activity programs, preparing meals with nutrition in mind, caring for family members or participacting in self-help groups or advocacy organizations such as Mothers Against Drunk Driving. The message these images convey is that women have taken a strong position on the issues of healthy lifestyles, healthy public policy and the need for preventive health practices.

In recent years the Canadian framework for health promotion and policy development has expanded to include social and environmental considerations as well as individual efforts to reduce personal risk factors. Nonetheless, individual health practices remain important for increasing prevention. In this chapter we report on a number of the efforts women are making to remain healthy, including the preventive practices they have adopted and the ways in which, in their everyday lives, they promote good health practices.

Striving for Health

Canada's Health Promotion Survey questioned respondents on how they perceived their own efforts to maintain or improve their health, and on their priorities for change.

Respondents were asked whether they agreed or disagreed with the following statement: *"Compared to most people my age, I make more of an effort to improve my health."* Sixty-eight percent of women answered this question positively. To a large degree, this belief was backed up by their reported health practices.

When asked if there was something that they *should* do to improve their health, women and men responded almost identically: 69% of women and 67% of men felt that there was something they should be doing to improve their health.

But women were much more likely than men — 66% versus 56% — to say that they intended to do something in the following year to improve their health. When asked if they had done something in the previous year to improve health, there was a substantial gap between women and men. Sixty-four percent of women compared to 50% of men claimed that they had done something in the previous year to improve their health, i.e., improved their eating habits, quit smoking, drank less, tried to control their blood pressure, and so forth.

Preventive Practices

The survey questioned respondents on a wide range of personal health practices such as alcohol, tobacco and drug use, nutrition, exercise and safety.

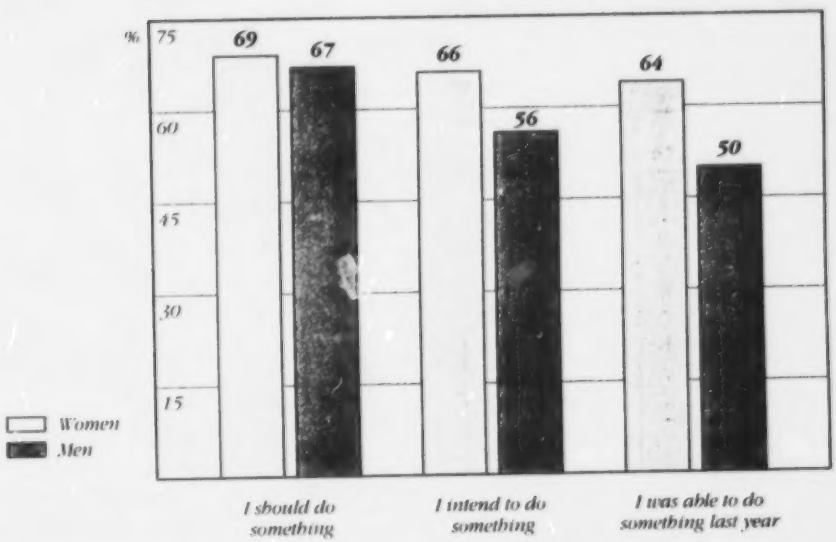
Tobacco Use: Thirty-two percent of women reported that they smoked cigarettes; 29% on a regular basis. A disturbing finding is that levels of smoking are at their highest for women aged 15 to 44, among whom an average of 36% smoke. In addition, while the overall number of smokers in Canada has decreased some 16% in the last 20 years, more men have quit than women. As a result, women and men now show almost equal proportions (within 3%) of smokers. This trend may be related in part to women's concern with weight control: roughly 30% of smokers (compared to 18% of non-smokers) believe that smoking helps to keep you slim.

Smoking levels among women decrease with age; 18% of women over 65 years of age reported smoking. Women working in service industries and blue collar jobs are most likely to smoke (44% and 41%), whereas professionals (25%) are least likely to smoke.

Alcohol Use: Overall, women drink substantially less than men, both in terms of frequency and quantity. Seventy-seven percent of females were current alcohol users (had at least one drink during the past year) compared to 86% of men. Differences between the sexes vary with age. Among those 15-19 and 20-24 years, the difference between males and females is only 1% and 2% respectively, whereas in the age category of 55-64 and over 65 years, the differences are 8% and 31%. Among current drinkers, 4% of women compared to 8% of men indicated that they consumed alcohol daily. One percent of women compared to 9% of men indicated that they had eight or more drinks on a single day in the week previous to the survey. Poor working women were more likely than non-poor working women to report drinking four drinks at least one day per week (23% vs. 8%). The proportion of poor working women who reported consuming alcohol at this level one or two days per week was similar to that reported by male blue-collar workers.

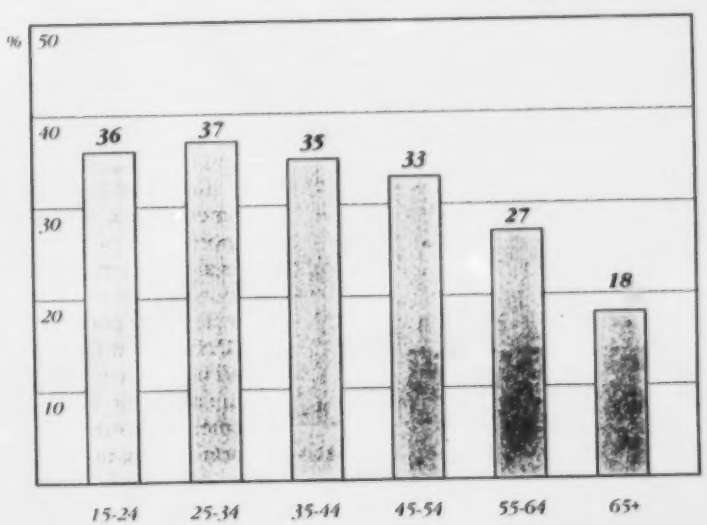
Use of Other Drugs: Whereas women were less likely than men to report that they had used marijuana in the previous 12 months, women and men report similar use of stimulants and cocaine over the past year. More women than men reported the use of both sleeping pills (10% compared to 6%) and tranquillizers (8% versus 5%) in the 12 months preceding the survey. Combination use of depressant drugs was common. One third of sleeping pill users were also tranquilizer users and almost half those who used tranquillizers also reported use of sleeping pills.

Fig. 3.1
Health Improvements: Women and Men



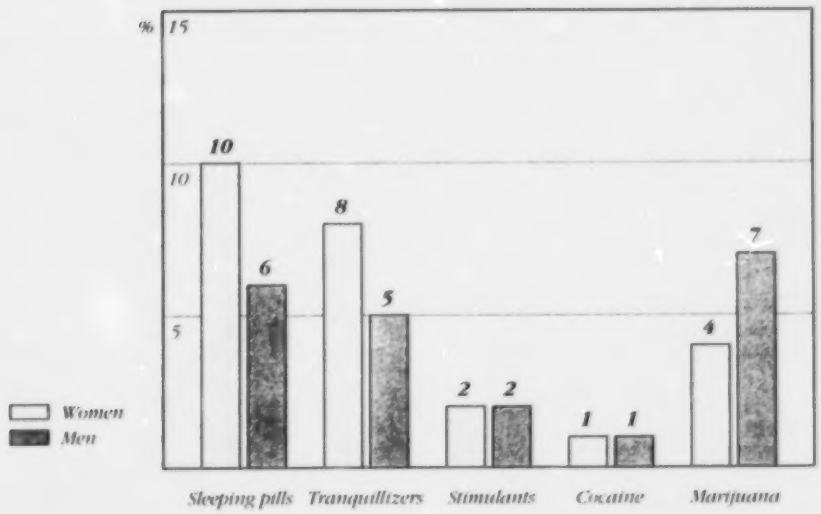
Women were more likely than men to say there were things that they intended to do and things they had succeeded in doing in the past year.

Fig. 3.2
Tobacco Use among Women, by Age



Tobacco use among women is highest between the ages of 15 and 34.

Fig. 3.3
Drug Use:
Women and Men



Substantially more women than men reported using tranquillizers and sleeping pills in the previous 12 months. It should be noted that data from the survey does not include people in institutions or chronic care facilities.

The highest proportion (23%) of sleeping pill use and tranquillizer use (14%) was reported by women over 65. Women looking for work and women keeping house also reported more frequent use of tranquillizers (14% and 9% respectively) than the national average. Fifteen percent of widowed women in Canada reported using tranquillizers in the year prior to the survey, and separated or divorced women were also frequent users. Reported sleeping pill use was most prevalent among retired women, widows, women keeping house and female white collar workers.

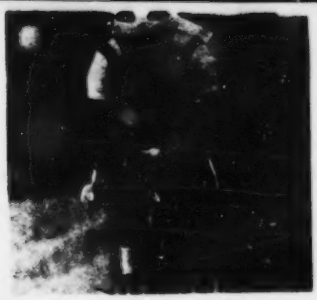
Drinking and Driving: Of those who both drive a motor vehicle and drink alcoholic beverages, 13% of women compared to 34% of men reported drinking and driving in the previous month. Overall, men accounted for more than 80% of all drinking and driving trips reported by respondents to the survey.

Seatbelt Use: Seventy-two percent of women compared to 59% of men said that they always used seatbelts.

Exercise: Although levels of physical activity were similar for women and men, exercise is one area where men were shown to practise slightly more consistent health-promoting behaviour. Fifty-three percent of women and 56% of men reported exercising three or more times per week.

Nutrition and Diet: Equal numbers of women and men said that they never skipped breakfast during the week prior to the survey. Women, however, expressed greater overall concern than did men about food selection. Seventy percent of women and 58% of men felt that there were foods that they should avoid for the sake of health (in particular, foods high in fat, sugar and cholesterol), and 66% of women compared to 60% of men felt that there were foods that they ought to eat more of for the sake of health, e.g., fruits and vegetables. As well, more women than men felt that it is important for governments to deal with nutrition.

Blood Pressure Checks: Many more women than men claimed to have regular blood pressure checks. Sixty-three percent of women said that they had had their blood pressure checked in the previous month compared to 50% of men; fully 82% of women said that they had had it checked in the previous year, compared to 68% of men. These findings may indicate that there are more older women than men (those over 45 years of age in both sexes were more likely to have had their blood pressure checked in the six months prior to the survey than those under 45 years) and that women of childbearing age tend to have their blood pressure checked when they go for a gynaecological examination or as a prerequisite to receiving the birth control pill.



Labour force participation is also related to self-reported frequency of blood pressure monitoring. Poor working women were least likely to participate in blood pressure monitoring. The percentage of that group who reported high blood pressure was twice that reported by non-poor working women. However, poor working women who do incur the time and expense of blood pressure monitoring likely do so *because* of an existing problem, and therefore are more likely to show high blood pressure.

Women's Screening Practices

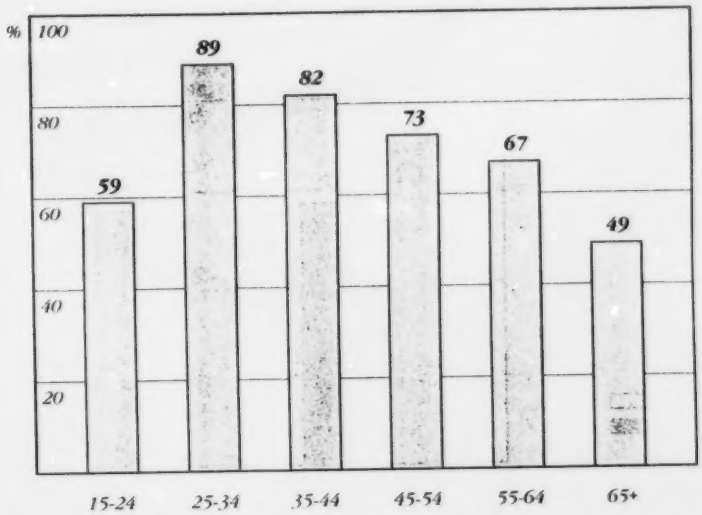
For the prevention and early detection of breast cancer, cervical cancers and other gynecological problems, the Canadian Cancer Society recommends that women have their breasts examined, either by a doctor or nurse, or by self-examination and that they have PAP smears once they are sexually active. The survey questioned women respondents about the frequency of PAP smears and breast examinations.

PAP Smear Testing: Seventy-one percent of all women reported having a PAP smear within the three previous years. Fourteen percent said that they had never had a PAP smear. Those under 25 (35%) and over 65 (16%) were the most likely to report that they had never had a PAP smear. The low rate of PAP smear testing reported by women under 25 is of some concern given that young women are likely to be sexually active.

Breast Examination: Sixty-five percent of all women said that they had had their breasts examined by a doctor or nurse in the previous 12 months. Seventy-five percent reported that they had been shown how to examine their own breasts. Only 38% said that they examine their own breasts monthly.

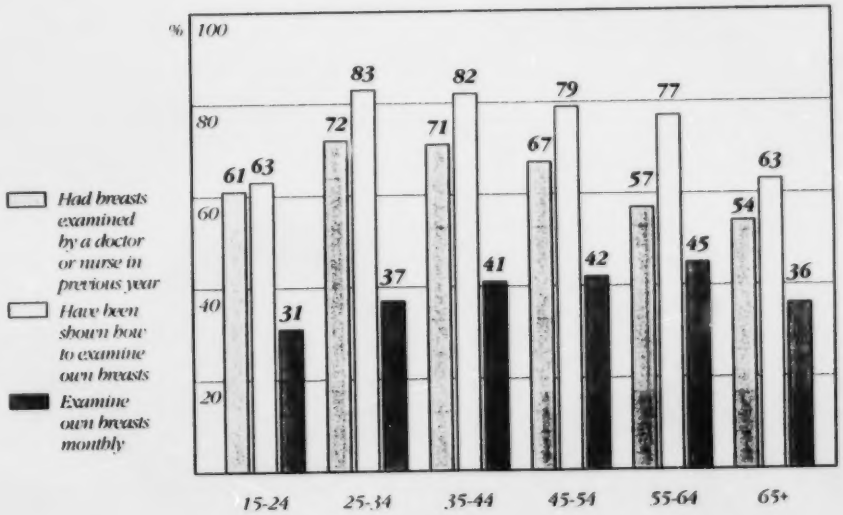
Breast self-examination (BSE) and an annual clinical breast examination is recommended for all women,

Fig. 3.4
Frequency of PAP Smears in Previous Three Years



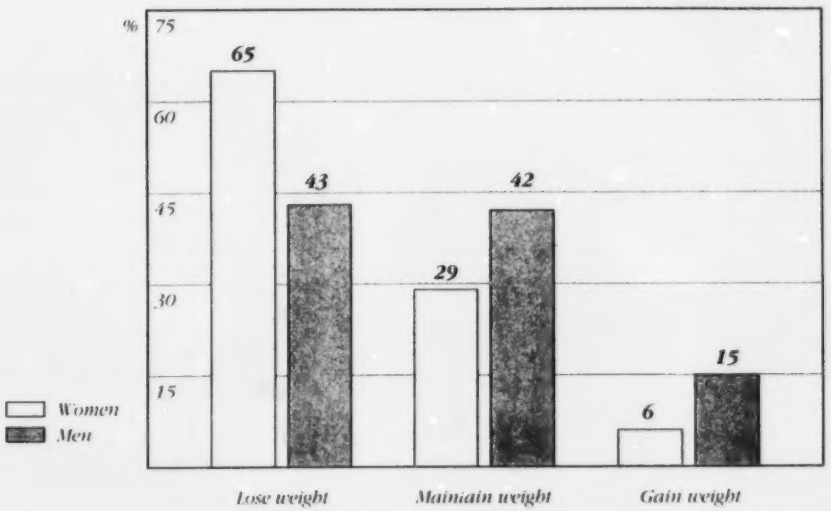
Women under 25 and over 65 were the least likely to have had a pap smear in the previous three years.

Fig. 3.5
Breast Examination, by Age



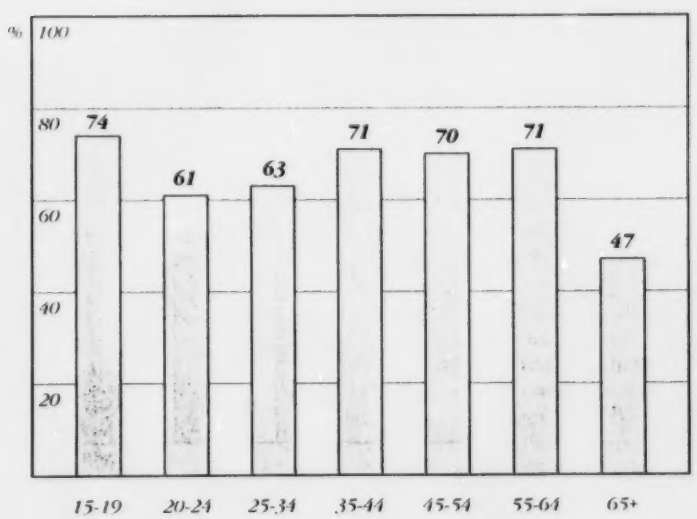
The majority of women had their breasts examined by a doctor or nurse in the previous year; relatively few reported that they examined their own breasts on a monthly basis, even though most say that they know how to do so.

Fig. 3.6
Weight Control: Women and Men



Nearly two out of three women felt that they would like to lose some weight.

Fig. 3.7
Percentage of Women Who Would Like to Lose Weight, by Age



Although most women fall within the healthy weight range, a clear majority in every age group up to 65 expressed a desire to lose weight.

starting at age 40. After age 50, the use of mammography is also encouraged yearly or every second year. There is still some doubt, however, about the need for breast self-examination for young women, since breast cancer is uncommon in that age group and the BSE sometimes leads to needless anxiety and unnecessary biopsies over non-cancerous lumps. According to the World Health Organization, "there is insufficient evidence that BSE as applied to date is effective in reducing mortality from breast cancer." Thus, it does not recommend BSE screening programs as public policy, although it finds equally insufficient evidence to change such programs where they already exist.

Weight Control: Given the emphasis our society places on thinness for women it is not surprising that substantially more women than men — 65% compared to 43% — said that they would like to lose weight. Only 29% of women compared to 42% of men said that they were happy with their weight; 6% of women and 15% of men said that they would like to gain weight.

Of particular concern in the findings is the number of women wanting to lose weight who are already within the healthy weight range. Although 65% of all women wanted to lose weight, only 36% of them could be classed as overweight by Health and Welfare standards;[7] 64% fall within the underweight or healthy weight range. Among women who were already underweight, 12% wanted to lose weight; among those who were within the healthy weight range, fully 60% wanted to lose weight. The desire for extreme thinness is most prominent among younger women.

7 *Health and Welfare Canada. "Canadian Guidelines for Healthy Weights," 1988.*

Recent Trends

Comparison of results from the Canada Health Survey (1978-79) with Canada's Health Promotion Survey provides an opportunity to assess how women's reported health habits have changed over the past seven years in seven specific areas: cigarette smoking, heavy drinking, seat-belt use, cannabis use, PAP smears, breast examination and breast self-examination. We find that in each of these areas, women's health habits have improved.

Some Striking Differences

- *Thirty-two percent of non-Native Canadian women smoke cigarettes; this rises to 66% among Dené and 79% among Inuit women.*
- *Four percent of Canadian women reported cannabis use; this rises to 12% among young women age 15-24.*
- *Among women over the age of 65, 23% reported use of sleeping pills and 14% reported using tranquillizers.*
- *Forty-three percent of poor working women smoke compared to 36% of non-poor working women.*

Changes in Women's Health Behaviour

	Canada Health Survey (1978-79)	Health Promotion Survey (1985)	Change
	%	%	%
Smoke cigarettes	34	32	-2
15+ drinks/week	5	4	-1
Regular seat belt use	44	72	+28
Cannabis use	7*	4	-3
PAP smear, past three years	60	71	+11
Breast examined by doctor or nurse, past year	45	65	+20
Monthly breast self-examination	23	38	+15

*Source: Departmental surveys.

Information and Government Action

Respondents were asked: "On which of the following topics do you feel you need more information...nutrition, high blood pressure, mental health, smoking, alcohol, marijuana safety and accident prevention?"

Across all age groups, more women than men reported a need for information on all topics. Nutrition was most likely to be identified by women up to age 44 as the major information need, while high blood pressure was the chief interest of those 45 and older.

Topic ***Women Requesting Info.*** ***Men Requesting Info***

Percentage of Women and Men Who Feel They Need More Information on Selected Health Topics

	% Women	% Men
Nutrition	13	10
Safety	11	7
High Blood Pressure	11	9
Mental Health	10	6
Smoking	6	4
Marijuana	5	4
Alcohol	5	3
Nothing	79	82

Respondents were also asked: "For each (of these topics), I'd like your opinion abc how important you feel it is for the government to deal with each topic." *(Responses were provided on a 10-point scale, where 10 indicated extremely important.)*

Women were also substantially more supportive of government action than men. The greatest discrepancy was on the topic of mental health; 68% of women compared to 52% of men were supportive of government action.

Topic	***% Women***	***% Men***
Safety on the Road	81	74
Drug Use	78	70
Alcohol Problems	77	63
Child Health	76	69
Mental Health	68	52
Safety at Work	64	57
Smoking	60	47
Safety at Home	56	41
High Blood Pressure	52	40
Nutrition	47	32

In every topic area, the demand for some kind of government action surpasses the demand for personal information. The topics which ranked lowest in importance as issues with which the government should deal (nutrition and high blood pressure) ranked highest in terms of personal information needs; the two topics ranked lowest in terms of information need — safety on the road and drug use — were seen as most important in terms of government action.

ISSUES AND CHALLENGES

Women are more likely than men to claim to be making a substantial effort to improve their health and, for the most part, this is backed up by their reported behaviour. Furthermore, the survey findings showed that the number of good health practices is positively associated with self-assessed health status: those following a healthy lifestyle are more likely to rate their health as excellent and to describe themselves as very happy, compared to those whole lifestyle is less healthy overall. Nonetheless, there is room for improvement in a number of women's preventive practices and attitudes.

The findings of Canada's Health Promotion Survey indicate that there is still much work to be done to communicate healthy weight guidelines to women, especially young women. Today's fashion and media industries often depict unrealistic ideals for women. Falling short of this image is still seen by many as a kind of personal failure. This was strongly reflected in the survey; perceived satisfaction with weight was one of the strongest correlates of self-rated health among women.

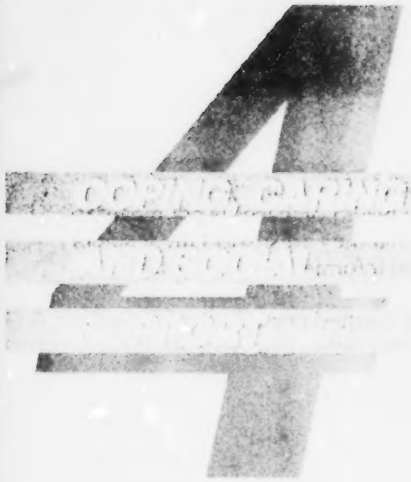
Tobacco, alcohol and drug use, like weight control, must be considered not solely from the perspective of personal health habits, but also from the perspective of the complex life circumstances of women and the advertising messages aimed at them. More than one out of three women respondents agreed with the statement that "smoking keeps you slim." Almost 40% of women aged 20 to 29 are regular smokers – a major concern both in terms of the immediate effects of smoking on reproductive health, the adverse consequences of smoking while taking the contraceptive pill and the long-term prospects for an increase in lung cancer and other respiratory ailments. We need to examine the extent to which certain products have been promoted to women as adjuncts to weight control, e.g., smoking, low calorie alcoholic beverages, or as indicators of success, and to what extent women have begun to opt for these substances as socially acceptable means of coping with life pressures. Additional efforts are needed to explore why young women and women in the service industry and blue collar jobs are smoking more, and to implement effective cessation and prevention programs for these groups.

In Canada, as in most Western nations, attention on the use of drugs has focused mainly on the use of illicit drugs by youth. The survey findings indicate that efforts must also be made to minimize the prescription and use of licit sedative drugs by older women. Marriage breakdown, being pensioned or losing one's life partner are strong predictors of the use of sleeping pills and tranquillizers. The net effect may be to "medicalize" the life circumstances of women, or to turn situations of inequitable resources, demands or supports into a women's health "problem."

Although the majority of women respondents indicated that they are making some effort to improve their health, a substantial minority — 36% — of the women surveyed reported doing nothing. Perhaps these women lack the resources necessary to lead lives that are health-enhancing. Barriers such as constrained time and energy, and lack of motivation, and lack of such resources as education, income or opportunity, can all conflict with women's efforts to be healthy.

The focus of this survey on discretionary health practices is not meant to imply that they are always the result of free and informed choice; "blaming the victim" for poor health practices is neither justified nor effective in promoting behaviour change.

Readers interested in further information on these topics may wish to consult "Active Health Report on Alcohol, Tobacco and Marijuana," "Active Health Report on Nutrition, Exercise and Safety" and "Canada's Health Promotion Survey: Technical Report."



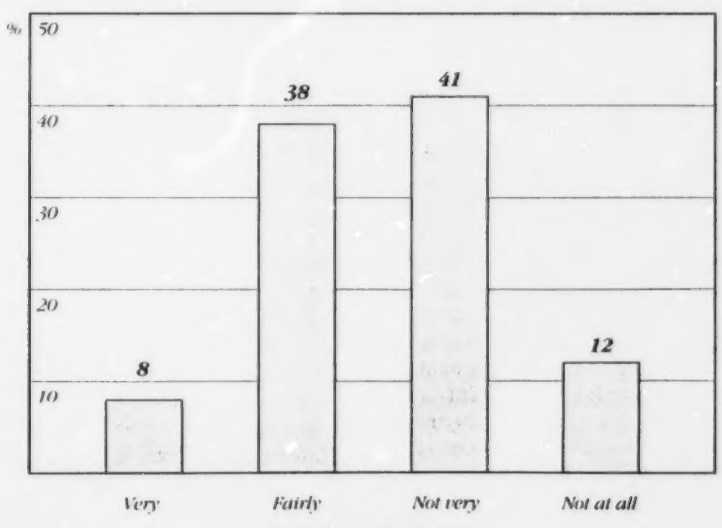
Coping

"Enhancing coping" is one of the central challenges for health promotion suggested in Achieving Health for All : A Framework for Health Promotion. Its companion document, Mental Health for Canadians: Striking a Balance, points out that "Far from being a synonym for 'quiet endurance,' coping is a positive, active process...it means coming to grips with a situation, proving oneself a match for a task or challenge." In Chapter 1 we looked at how women rate their own health, and found that many rated their health highly in spite of long-term activity limitations and health problems. One interpretation of this finding was that women are simply well equipped to cope with existing health problems.

In this chapter, by looking at the relationships among self-reported health, stress, happiness and activity limitation, we look at women's capacity to cope with different aspects of poor health. Additionally, we look at the relationship between coping and selected social and economic factors. Although the results do not necessarily tell us how and why women are coping, they clearly show that many women are, in fact, dealing with the conditions of their everyday lives, including such personal health measures as poor (self-rated) health and activity limitations.

In Chapter 4 we look at women's capacity for coping with health problems and at some of the ways in which women's health depends on their relationships with family and friends. We find, as we did in earlier chapters, that health and coping are intimately tied to life circumstances.

Fig. 4.1
Self-Rated Stress: Women



How stressful is life?

Overall, 46% of Canadian women characteried their lives as very or fairly stressful..

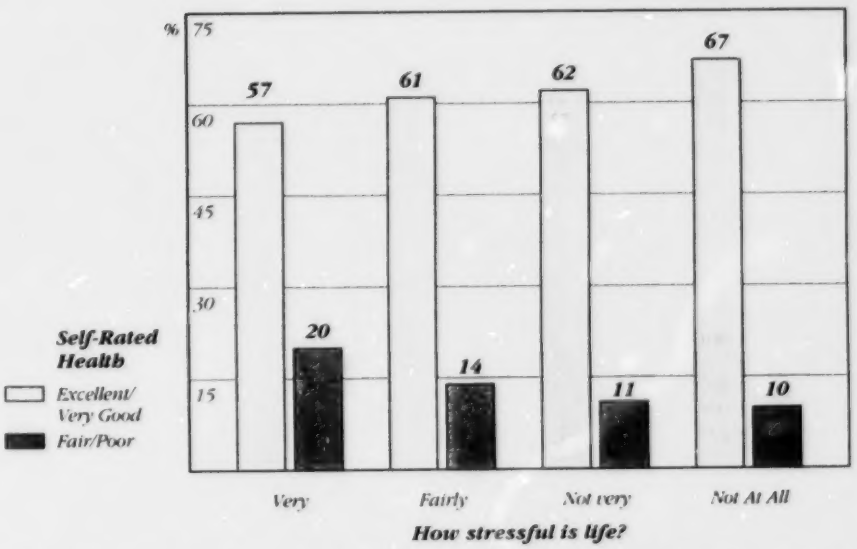
Stress and unhappiness can be related to perceived health and activity limitations in at least three different ways: they can be a cause of physical or mental health problems, they can be a consequence of physical or mental health problems, or they can be determinants of health that are independent of health problems. Respondents to Canada's Health Promotion Survey were asked whether they would describe their lives as "...very stressful, fairly stressful, not very stressful, or not at all stressful." Overall, eight percent of women rated their lives as very stressful; 38% rated their lives as fairly stressful; 41% rated their lives as not very stressful; and 12% said that their lives were not at all stressful..

Stress was strongly related to self-rated health. Among women who said that their lives were not at all stressful, 67% classified their health as very good or excellent. In contrast, among women who considered their lives to be very stressful, only 57% rated their health as very good or excellent. Twenty percent of those reporting that their lives were very stressful said that their health was only fair or poor, compared to only 10% of those who characterized their lives as not at all stressful. Nonetheless, 57% of women who rated their lives as very stressful said that their health was excellent or very good. This suggests that many women are coping quite well despite the presence of stress in their lives.

Turning the relationship around, we find that most women with fair or poor self-rated health report higher levels of stress than do those whose health is excellent or very good. Nonetheless, 47% of women reporting that their health was only fair or poor said that in spite of their poor health their lives were not very or not at all stressful, indicating that in terms of stress, these women are coping effectively with poor health.

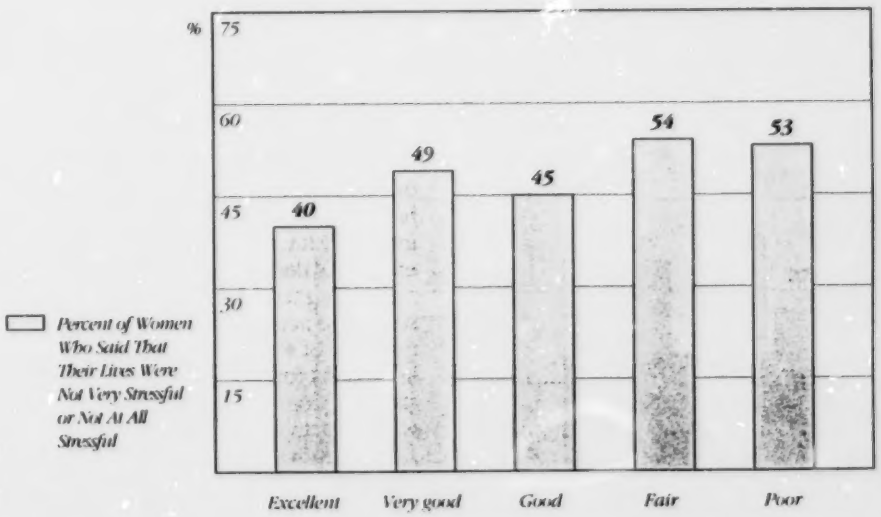
The relationship of happiness to health was even more pronounced. Among women who said that they

Fig. 4.2
Self-Rated Health and stress



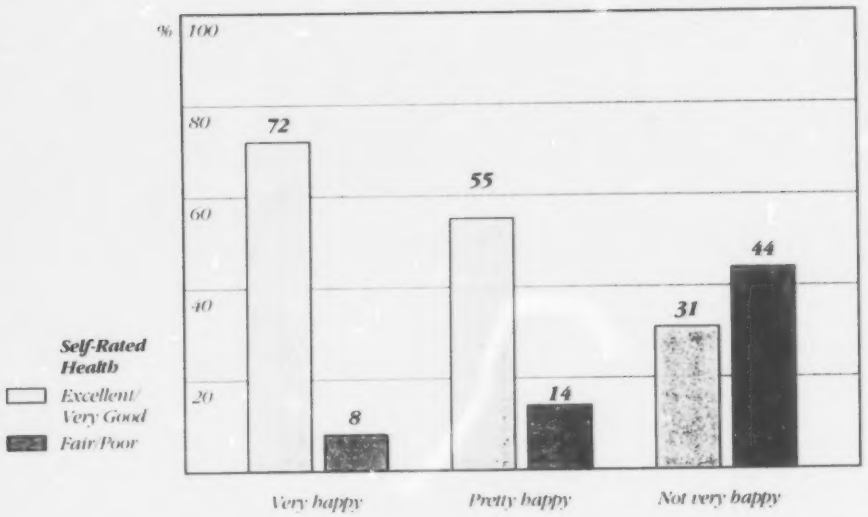
Women who reported little stress in their lives were more likely to rate their health as very good or excellent. Women who reported high levels of stress were more likely to characterize their health as fair or poor. Nonetheless, 57% of the women who characterized their lives as very stressful reported excellent or very good health, suggesting that they are coping with stress.

Fig. 4.3
Stress and Self-Rated Health



Forty-seven percent of women with fair or poor health said that their lives were not very or not at all stressful.

Fig. 4.4
Happiness and Self-Rated Health



Happiness is even more strongly connected to self-rated health than stress.

were very happy, 72% rated their health as very good or excellent, and 8% said their health was fair or poor. Among women who said that they were not very happy, only 31% rated their health as excellent or very good, and 44% said that their health was only fair or poor.

In comparing health to happiness, the findings show that 51% of the women who rated their health as excellent or very good said that they were very happy, whereas only 27% of women who rated their health as fair or poor rated their happiness as highly. Apparently health is an integral, although by no means exclusive, determinant of happiness.

Turning to the relationship between stress and activity limitations, we find that 53% of women with activity limitations found life very or fairly stressful, compared to 45% of women with no activity limitations.

Women with activity limitations also reported lower levels of happiness than did women with no activity limitation. Among the latter, 46% claimed to be very happy and only 3% said that they were not very happy, whereas among women with activity limitations, only 30% said that they were very happy and 11% said that they were not very happy.

In sum, activity limitations affected both the level of stress and the level of happiness reported by women in Canada. Nevertheless, a significant portion of women reported low levels of stress and high levels of happiness in spite of long-term activity limitations, suggesting that many women are coping quite well despite chronic health problems.

Coping and Life Circumstances

To gain some insight into the ways in which different life circumstances affect the capacity for coping, we can look at the ways in which income and education influence the ability of women to cope with activity limitations.

Looking first at income, among those women reporting activity limitations, 53% of those in the upper middle or high income groups said that their health was very good or excellent. In terms of health, then, these women are coping with their conditions. Only 25% of this group characterized their health as fair or poor.

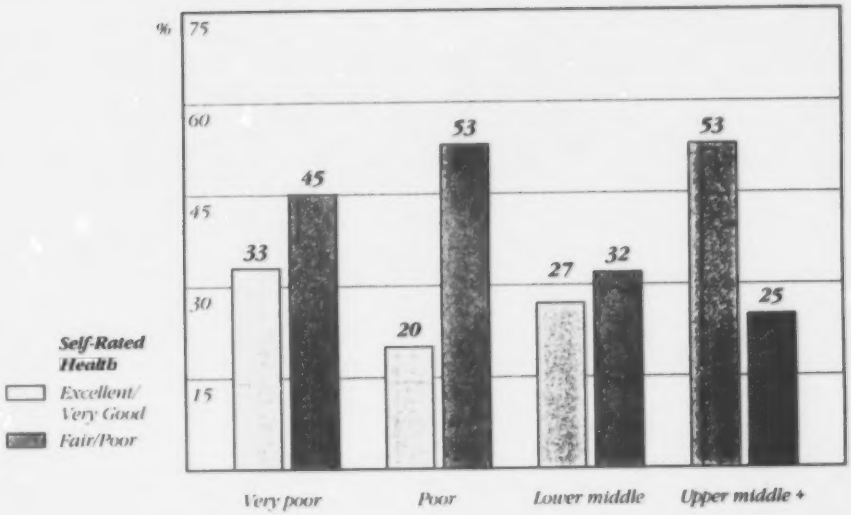
In comparison, 33% of women in the very poor income group, and 20% of those in the poor income group who had an activity limitation reported that their health was very good or excellent. Respectively, 45% and 53% reported health that was only fair or poor. Activity limitations generally had a much stronger impact upon the self-rated health of poor women than it did on more wealthy women. In brief, the capacity for coping with activity-limiting health problems seems to increase with income, suggesting that income is a resource for coping.

Activity limitations generally had a much stronger impact upon the self-rated health of poor women than it did on more wealthy women. In brief, the capacity for coping with activity-limiting health problems seems to

increase with income, suggesting that income is a resource for coping.

The relationships between health, education and activity limitations are similar. That is, activity limitations had a much more profound effect upon the self-rated health of women with limited educations. Among those women reporting activity limitations, 39% of those with a post-secondary education, compared to only 17% of those with less than secondary education, report that their health is very good or excellent. Like income, education is a resource that helps w en cope with long-term health c ns.

Fig. 4.5
Self-Rated Health and Income among Women Reporting Activity Limitations



Among women with activity limitations, those in the upper income groups were more likely to report that their health wa excellent or very good than those in lower income groups.

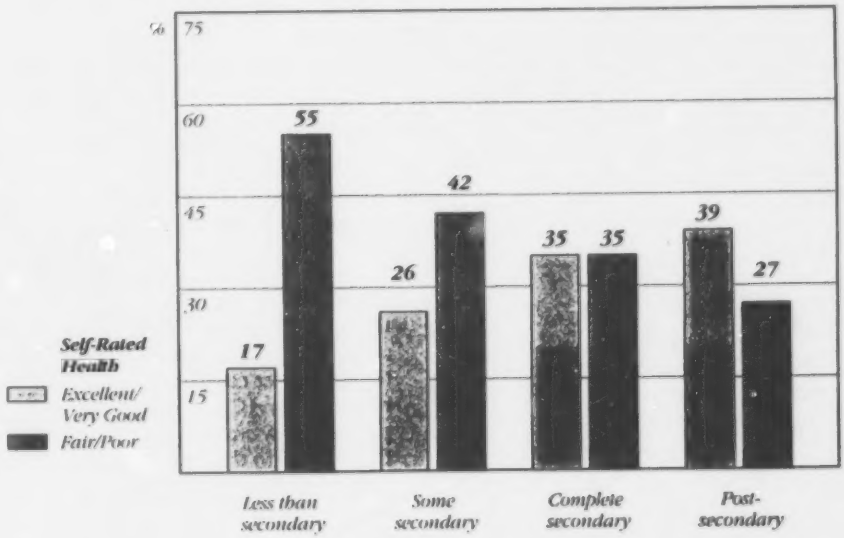
Caring

Women are the traditional health caregivers in our society. Although Canada's Health Promotion Survey did not specifically question respondents on their roles as caregivers in the home, in looking at some aspects of caregiving — safety at home and nutrition — and other specific areas of health concern, certain data concerning women's role as caregivers did emerge from the findings.

Women Intervene to Protect Others from Risk: Canada's Health Promotion Survey findings show that 31% of women surveyed indicated that during the past 12 months they had been in the company of a friend or relative who had too much to drink and drive safely. Of those women who found themselves in this situation, 80% intervened to prevent that person from driving.

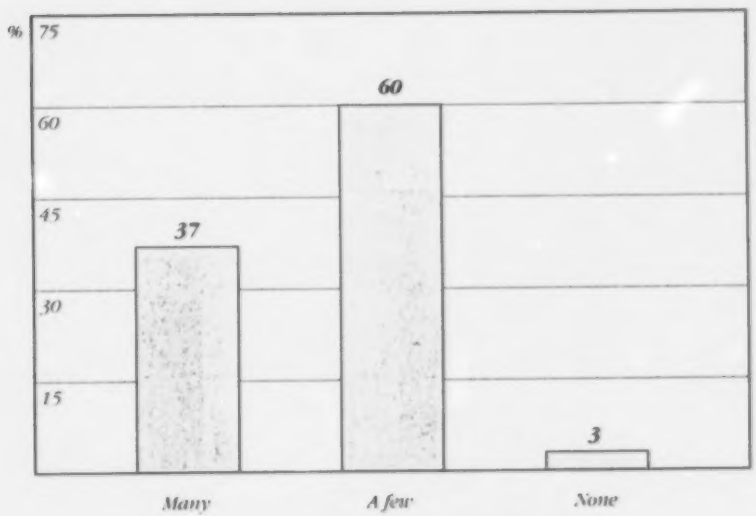
Women Take Action to Protect the Health of Others: Respondents were asked: *"When you are driving in a car, do you insist that children with you have their seatbelts fastened or are in carseats? Always, most of the time, sometimes, rarely or never?"* Among those women who drive, 82% said that they always insist that children travelling with them have their seatbelts fastened or are in carseats.

Fig. 4.6
Self-Rated Health and Education among Women Reporting Activity Limitations



Among women with activity limitations, those with higher levels of education were more likely to report that their health was excellent or very good than those with lower educational attainment.

Fig. 4.7
Women and Close Friends



Thirty-seven percent of women reported having many close friends — that is, people they could talk to if they needed help or had a problem.

Women Intervene to Prevent a Health Risk to Themselves from Others: Sixty-eight percent felt that most non-smokers do mind if others smoke in their presence, and 86% of women said that smokers should ask permission before lighting up in the presence of others. Thirty-six percent of women had asked someone to refrain from smoking around them in the 12 months prior to the survey.

Women Prepare Themselves to Care For and Protect Others: Seventeen percent of women, compared to 24% of men, reported having taken first-aid training during the past three years; 29% of women and 39% of men claim to know how to administer cardio-pulmonary resuscitation (CPR). Seventy-one percent of women report having a first-aid kit in the home; 77% of women report having a smoke detector; 47% of women report having a fire extinguisher.

Social Support: Family and Friends

Family and friends can influence health indirectly through sharing knowledge, attitudes, beliefs and health practices. The behaviour and actions of close friends and family are major components of people's immediate social environment, and thus they also have an important effect on health itself.

Respondents were asked two related questions concerning friends: *"About how many people, including relatives, do you consider to be your friends, that is, people you see socially on a regular basis?"* and *"How many people do you consider to be your close friends, that is people you could talk to if you needed help or had a problem?"*

Overall, only 1% of women reported that they had no friends whom they see socially on a regular basis; 34% of women reported having 20 or more such friends. Three percent of women reported having no close friends; 37% reported having many close friends.

Interestingly, the survey found a relationship between friendship and self-rated health. Among those with close friends, 63% and 61% respectively reported that their health was very good or excellent. Among those with no close friends, the figure drops to 50%. Although friendship may be a resource for health, it may also be that poor health is a barrier to developing friendships for some women.

The survey also found that women's health practices are considerably influenced by the behaviour of spouse and friends. For example:

Smoking: A woman who has a spouse who smokes is three times more likely (42%) to smoke than one who has a non-smoking spouse. Among women who say that none of their friends smoke, only 9% smoke cigarettes; if most or all of her friends

smoke she is seven times more likely to be a smoker.

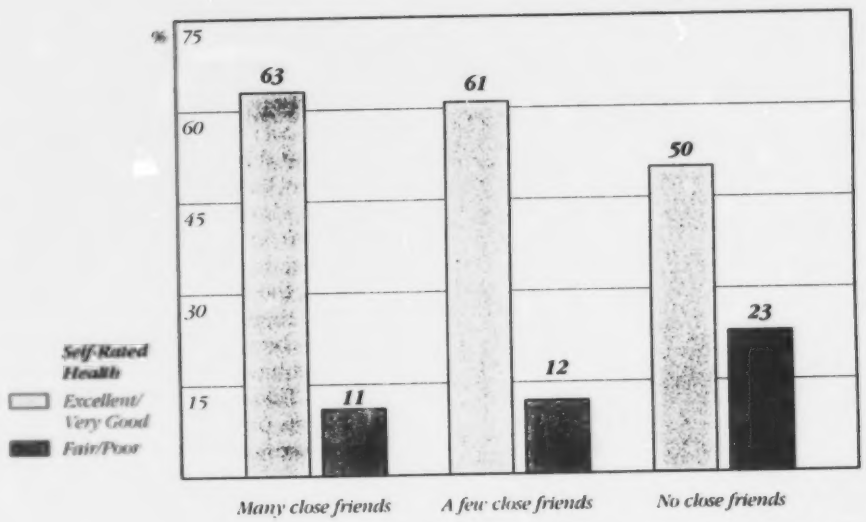
Heavy Drinking: Among women who say that their spouse drinks too much, 6% consume 15+ drinks per week, compared to 2% of those who have a spouse who drinks moderately. Among women who say that none of their friends drink too much, less than 1% consumed more than 15 drinks per week; 23% of those women, most or all of whose friends drink too much, consume more than 15 drinks per week.

Marijuana Use: Among women who say that their spouse does not use marijuana, less than 1% use it; 65% of those women whose spouses use the drug reported using it themselves. Among women who say that none of their friends use marijuana, only 1% use it, while among women who say that most or all of their friends use marijuana, 34% say they use it as well.

Sleeping Pill and Tranquillizer Use: A woman whose spouse uses tranquillizers is five times more likely to use them than one whose spouse does not.

Exercise: A woman whose spouse exercises regularly is one-and-a-half times more likely to exercise regularly than a woman whose spouse does not. Among women who say that none of their friends exercise regularly, 40% exercise more than three times per week; this rate increases to 76% among women with friends who exercise regularly.

Fig. 4.8
Friendship and Self-Rated Health



Women without close friends are less likely than others to report that their health is very good or excellent.

ISSUES AND CHALLENGES

One of the three central health promotion challenges put forward in *Achieving Health for All : A Framework for Health Promotion* is "enhancing coping" — that is, increasing the ability of Canadians to deal with their health problems, in particular chronic health conditions that do not have short-term medical solutions. Through its questioning of respondents on several interrelated self-measures of health, Canada's Health Promotion Survey helped to paint a picture of just how well Canadians — and, in this case, women in Canada — are able to cope. It found that a significant number of women do indeed seem to cope very well — with poor health, activity limitations, stress and unhappiness.

Of particular interest for health promotion, therefore, is the nature of the relationships among resources, supports and demands that best allow for coping. If we are to tailor our programs to meet the real needs and preferences of women, we need a better understanding of the interaction among these critical factors.

Canada's Health Promotion Survey looked mainly at what people are doing for themselves, and only peripherally at what people are doing for the health of others. Yet, the role women have traditionally played as caregivers to their families and friends is a crucial one in our society, both in terms of the health of all Canadians and in determining future health care policies and promotion efforts. Insofar as it examined their caregiving role, Canada's Health Promotion Survey found that many women often take action to protect the health of others, intervene to prevent a threat to themselves from others, and prepare themselves to care for and protect others.

The primary health care women provide on the front lines of their homes is to a large extent an invisible phenomenon. According to a 1986 survey by the Canadian Advisory Council on the Status of Women, 75% of women see themselves as the primary health caregivers in their families; 12% said they shared the task with another adult; and 13% noted some other kind of assistance. Future health promotion clearly must grant a much greater legitimacy to the role played by women in enhancing the health of others and endeavour to encourage men to further share this important role.

The behaviour and actions of close friends and family are major components of a person's immediate social environment and thus have an important effect on health itself. Family and friends can influence health indirectly through knowledge, attitudes, beliefs and health practices, and directly through the care and support that they give. The findings of Canada's Health Promotion Survey consistently indicate that the behaviour of a woman's close friends and spouse have direct bearing on her own habits and behaviour, as her's does on them. As well, the survey shows that friendship — that is, having close friends — in and of itself has a direct bearing on self-rated health.

These findings suggest that it is important for health promotion efforts to address and nurture not just individual women, but the community, the family and the social environments within which women work, learn and live.

More information on this topic is available in Canada's Health Promotion Survey: "Special Study on the Relationship between Social Networks and Health Promoting Behaviours and Attitudes."

AFTERWORD

The *Active Health Report on Women* helps us to understand some of the challenges we face if we are to enable all women in Canada to achieve optimal health. Overall, the report found that most women in Canada rate their health highly, and that most are actively striving to maintain and enhance their health. At the same time it showed that there is a need to address the underlying social and economic circumstances that effect inequalities in health among women; that there is a need for improved personal preventive practices in specific areas; and that attention must be given to those personal and social resources that help women to cope in the face of health problems.

Although Canada's Health Promotion Survey attempted to examine health as Canadians themselves see it and live it, it did not investigate all the aspects of women's lives which influence their health. It did not, for instance, examine women's roles as childbearers, health guardians and caregivers. Future health promotion surveys, in order to more accurately portray the genuine health needs of women, will have to take into account more fully those special life circumstances which have such a direct and powerful bearing on women's health.

The results of the survey make it apparent that we must invite and support the active participation of women in the formulation of future health promotion policies and practices. Existing models of self-care, mutual aid, and the formal and informal support groups and networks that have been developed by women are potentially important resources in the development of health promotion programming and implementation. ■

Canadian Cataloguing in Publication Data

Main entry under title:

The Active Health Report on Women

Issued also in French under title:
Action santé : les femmes
Added title on title page: Active health report, what we think, what we know, what we do.
ISBN 0-662-17631-6
DSS cat. no. H39-172/1990E

1. Health attitudes — Canada — Evaluation.
2. Health behaviour — Canada — Evaluation.
3. Women — Canada.
I. Canada. Health and Welfare Canada.
II. Title: Active Health Report, what we think, what we know, what we do.

RA4075.C32A22 1990 614.4'271 C90-098607-7

L E R A P P O R T

ACTION

Nos conceptions et nos actions

Action Santé : les femmes

Canada

LE RAPPORT ACTION

Nos conceptions et nos actions

Action Santé
des femmes

Publication autorisée par
le ministre de la Santé nationale et du
Bien-être social, 1990

Also available in English under the title
"The Active Health Report on Women"

©Ministre des Approvisionnements et Services Canada, 1990
Cat. H39-172/1990F
ISBN 0-662-95919-1

Introduction 3

Chapitre 1
La perception qu'ont les
Canadiennes de leur santé 5

Chapitre 2
Réduire les inégalités 9

Chapitre 3
Accroître la prévention 17

Chapitre 4
Capacité de se tirer d'affaire et
possibilité de compter sur autrui 26

Conclusion 34

Introduction

Pour pouvoir participer pleinement à la promotion de la santé, les femmes doivent avoir accès à l'information, aux réseaux et au financement. Toutes les femmes, en particulier les femmes des groupes ethniques, autochtones et minoritaires, ont le *droit à l'autodétermination en matière de santé* et devraient être des partenaires à part entière dans le cadre de la formulation de mesures d'intérêt public favorisant la santé afin d'en assurer la pertinence culturelle.

> Traduction d'un extrait de la *Déclaration des délégués*, The Adelaide Recommendations for Healthy Public Policy, 1988.

Le rapport *Action Santé : les femmes* fait partie d'une série de rapports interprétatifs issus de l'*Enquête Promotion Santé Canada*. Cette dernière, qui portait sur les connaissances, les attitudes, les croyances et les comportements des adultes canadiens en matière de santé, a été menée par Statistique Canada en juin 1985 pour le compte de la Direction de la promotion de la santé de Santé et Bien-être social Canada.

Ce rapport est le deuxième, après le rapport *Action Santé : les aîné(e)s*, à porter sur un groupe de population précis. Ces rapports cherchent à établir, à partir des données de l'enquête, la perception qu'ont de leur santé les membres de ces deux groupes. Les résultats de l'enquête sont également analysés dans le contexte du modèle de promotion de la santé présenté dans le document intitulé *La santé pour tous : plan d'ensemble pour la promotion de la santé* de Santé et Bien-être social Canada. Le but de ces rapports n'est pas de brosser un tableau définitif de l'état de santé de chaque groupe, mais plutôt de poser des questions et d'y répondre, et de stimuler la discussion sur les meilleures façons de permettre aux membres de chaque groupe de réaliser leurs aspirations personnelles en matière de santé.

Comme dans tous les autres rapports de la série *Action Santé*, le principal outil utilisé pour évaluer l'état de santé est une nouvelle fois l'auto-évaluation. On a demandé aux femmes d'évaluer leur propre santé, leur stress, leur bonheur et les limites de leurs activités en raison de problèmes de santé. L'enquête s'est également penchée sur les comportements des femmes en matière de santé. En cherchant à connaître la perception qu'ont les Canadiennes de leur santé, on pourra examiner leurs problèmes de santé selon leur propre point de vue.

Cette approche diffère quelque peu de celle des enquêtes traditionnelles sur la santé, qui mettent l'accent sur les problèmes de santé, sur les taux de mortalité et de morbidité, ainsi que sur les facteurs de risque tels que le tabagisme, la consommation d'alcool et de drogues, la conduite avec facultés affaiblies et les comportements dangereux. C'est un peu l'approche adoptée par l'*Enquête Promotion Santé Canada*, qui comportait de nombreuses questions sur les attitudes et comportements associés aux facteurs de risque classiques. En mettant ainsi l'accent sur le mode de vie, on n'entendait bien sûr nullement insinuer que les individus étaient toujours maîtres de leur comportement. Heureusement, l'enquête fournit aussi des données qui nous permettent d'étudier la santé des femmes dans un contexte plus vaste.

Dans le chapitre 1, intitulé « La perception qu'ont les Canadiennes de leur santé », nous analysons les rapports entre la santé, le bonheur et les limites des activités attribuables à des problèmes de santé, suivant l'auto-évaluation qu'en font les femmes. Bien que d'autres enquêtes aient révélé une forte prévalence de problèmes de santé chez les femmes, il ressort de l'*Enquête Promotion Santé Canada* que celles-ci se considèrent elles-mêmes en bonne santé. Cet écart fait donc ressortir la nécessité

L'Enquête Promotion Santé Canada[1]

L'Enquête Promotion Santé Canada est une enquête téléphonique qui a été entreprise par la Direction de la promotion de la santé de Santé et Bien-être social Canada et menée en son nom par Statistique Canada au mois de juin 1985. On a eu recours à la composition automatique de numéros pris au hasard. Le taux de réponse des ménages rejoints d'un bout à l'autre du pays a été de plus de 80 p. 100. Au terme de cette enquête, plus de 11 000 Canadiens adultes âgés de 15 ans et plus avaient répondu à 109 questions portant sur 250 éléments d'information, ce qui a permis la création d'une énorme base de données qui devrait continuer de fournir des informations utiles pendant bien des années.

En dépit de son importance et de sa portée, l'enquête avait des limites notables qui ont directement influé sur l'aperçu global de la situation des femmes en matière de santé. D'abord, cette enquête excluait les personnes qui se trouvaient dans les hôpitaux et les centres et foyers de soins de longue durée. Ensuite, elle ne pouvait pas aborder tous les sujets connexes à la santé. Certains sujets très importants, comme l'hygiène dentaire, les responsabilités familiales, la sexualité, la violence, la santé au travail, la santé de la reproduction et le rôle des femmes en tant que gardiennes de la santé à la maison, en ont été exclus. Enfin, cette enquête étant téléphonique, elle excluait de ce fait même les 3 p. 100 de Canadiens qui n'ont pas le téléphone. Si ce fait n'affecte guère l'image générale, il est cependant significatif étant donné le lien entre la situation matérielle et la santé que le présent document illustre.

d'aborder la promotion de la santé des femmes non seulement en tenant compte de leurs problèmes de santé ou de leur recours au réseau de soins de santé, mais aussi dans le contexte plus vaste de leurs conditions de vie quotidiennes.

Dans le chapitre 2, intitulé « Réduire les inégalités », nous nous penchons sur cinq groupes de femmes différents : les femmes indigentes, les femmes ayant peu d'instruction, les femmes sans emploi, les femmes âgées et les femmes autochtones. L'enquête révèle l'existence persistante d'inégalités en matière de santé et souligne le besoin urgent de mettre au point des mécanismes d'intervention adaptés aux besoins et aux conditions de vie des différents groupes de femmes et remédient aux injustices sociales sous-jacentes qui influent sur leur état de santé.

Dans le chapitre 3, intitulé « Accroître la prévention », on constate que les femmes affirment avoir de bonnes habitudes en ce qui concerne la majorité des facteurs de risque comportementaux examinés dans l'enquête. Celle-ci fait toutefois ressortir que la prévention laisse encore à désirer dans plusieurs domaines : le tabagisme chez les jeunes femmes, l'attitude vis-à-vis du contrôle du poids, et la prescription et l'usage de somnifères chez les aînées. Dans le cadre des initiatives ultérieures de promotion de la santé auprès des femmes, il faudra peut-être prendre en considération une vaste gamme de facteurs, tout en tenant compte du contexte social aussi bien que des déterminants comportementaux de la santé des femmes.

Dans le chapitre 4, intitulé « Capacité de se tirer d'affaire et possibilité de compter sur autrui », nous évaluons la capacité des femmes de composer avec les limites d'activité, le stress, le malheur et les contraintes sociales et économiques, ainsi que la nécessité d'accroître leur autonomie en fonction des demandes du milieu.

Ce qui ressort avant tout de ce rapport, c'est que nous ne pourrons jamais bien comprendre les problèmes de santé des femmes si nous nous limitons à la démarche axée sur les facteurs de risque et les problèmes, qui caractérise les stratégies de promotion de la santé de type traditionnel. Pour comprendre la situation des femmes en matière de santé, il faut connaître leurs aspirations dans ce domaine, les exigences dictées par le milieu et leurs conditions de vie et les ressources dont elles disposent pour y répondre, ainsi que la nature et l'ampleur de l'écart qui existe entre ces exigences et ces ressources. Ce n'est qu'en invitant et en aidant les femmes à participer entièrement et objectivement à la planification et à la prise de décisions en matière de promotion de la santé que l'on arrivera peut-être à réduire les inégalités existantes; pour ce faire, on aura recours à diverses stratégies harmonisées favorisant l'autonomie, l'entraide et la promotion d'environnements sains.

1 *Une description détaillé de l'enquête est donnée dans « Enquête Promotion Santé Canada : rapport technique »*

La santé auto-évaluée

Le premier chapitre du *Rapport Action Santé : perspectives à partir de l'Enquête Promotion Santé Canada* portait sur la façon dont les adultes canadiens évaluaient leur santé. À la question *Comparativement à d'autres personnes de votre âge, diriez-vous que votre santé est en général excellente, très bonne, bonne, moyenne ou mauvaise?*, les personnes interrogées ont déclaré, dans l'ensemble, être en très bonne santé. Cette évaluation semblait contredire les taux élevés de problèmes de santé et le recours fréquent aux services médicaux dont font état les enquêtes antérieures. Si les gens ont tant de problèmes, demandaient les auteurs du rapport, pourquoi donnent-ils des « cotes » aussi élevées à leur santé?

Le principal objectif du rapport Action Santé : les femmes *est d'étudier comment les Canadiennes perçoivent leur santé : comment elles évaluent leur propre santé et leurs attitudes, leurs activités, leurs intentions et leurs croyances dans ce domaine. À la lumière des résultats obtenus, il apparaît que certains indicateurs traditionnels de la santé — en particulier les statistiques sur la morbidité et sur l'utilisation des soins de santé — ne donnent pas une image de la santé telle que les femmes elles-mêmes la conçoivent. Cet écart souligne la nécessité d'évaluer la santé des femmes en ne se fondant pas uniquement sur les problèmes de santé.*

La réponse, selon les auteurs du rapport, réside dans notre perception de la santé. Par le passé, la santé individuelle a toujours été mesurée en fonction de la présence ou de l'absence de maladies ou d'incapacités spécifiques, ou en fonction d'autres phénomènes facilement mesurables, tels que le recours aux services médicaux. Selon cette définition, on est en bonne santé tant qu'on n'est pas malade.

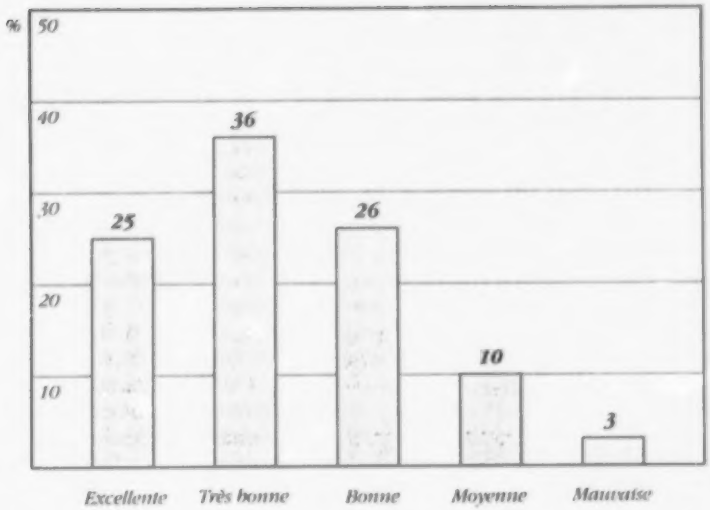
De plus en plus, cependant, on en vient à percevoir la santé d'une façon plus positive. En effet, la santé est plus que la simple absence de problèmes ou de maladies. C'est, comme le dit l'Organisation mondiale de la santé, « une ressource dans la vie quotidienne » — une mesure de la capacité des individus à faire face aux diverses situations de la vie et à leur environnement. Lorsque la santé est ainsi définie, l'auto-évaluation de leur santé par les personnes interrogées nous en donne un aperçu dans le contexte de la vie quotidienne — aperçu de la façon dont chaque Canadien la perçoit et la vit. En outre, l'auto-évaluation de la santé ne doit pas faire directement écho à des mesures plus objectives pour être légitime, car les problèmes de santé particuliers et les handicaps ne diminuent pas nécessairement la capacité des personnes à faire face aux diverses situations de la vie.

Les Canadiennes ont auto-évalué leur santé dans l'enquête en question de manière presque identique à la population dans son ensemble. Priées de coter leur propre santé par rapport aux autres personnes de leur âge, la grande majorité des femmes adultes s'accordent une cote élevée : 87 p. 100 d'entre elles se considèrent en effet comme en bonne, en très bonne ou en excellente santé pour leur âge. Treize pour cent jugent leur santé moyenne ou mauvaise.

Le bonheur

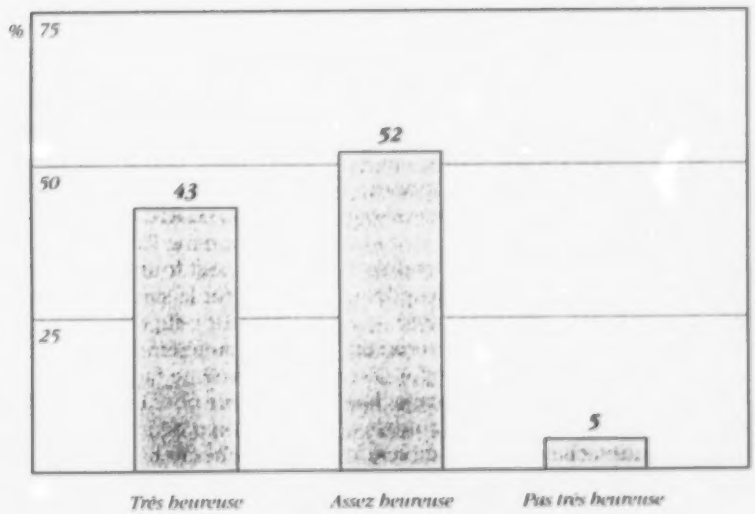
Tout comme l'auto-évaluation de la santé peut fournir des indications utiles sur la santé en général, celle du bonheur peut donner une bonne idée de la santé émotive de la population. De la même façon, le degré de bonheur peut influer sur la perception que l'on a de sa santé : les femmes moins heureuses pourraient avoir tendance à se considérer en moins bonne santé. Par conséquent, en demandant aux personnes d'évaluer autant leur bonheur que leur santé, on peut mettre l'auto-évaluation de la santé dans un contexte. Nous examinons plus en détail, au chapitre 4,

Fig. 1.1
L'auto-évaluation de leur santé par les femmes



La plupart des femmes (87 p. 100) se considèrent en bonne, très bonne ou excellente santé. Une minorité (13 p. 100) la considère comme moyenne ou mauvaise.

Fig. 1.2
Les femmes et le bonheur



La grande majorité des Canadiennes (95 p. 100) se jugent très heureuses ou assez heureuses.

la question du bonheur en tenant compte de la capacité de se tirer d'affaire. Les personnes interrogées ont dû répondre à la question suivante : *De façon générale, affirmeriez-vous que vous êtes une personne très heureuse, assez heureuse ou pas très heureuse?* L'opinion qu'ont les gens de leur bonheur reflète étroitement celle qu'ils ont de leur santé. Quarante-trois pour cent des femmes interrogées ont déclaré être très heureuses, 52 p. 100 assez heureuses et 5 p. 100 pas très heureuses.

La limitation de l'activité[2]

Les personnes interrogées ont dû répondre à la question suivante : *Êtes-vous limité dans le genre ou la quantité d'activités que vous pouvez exercer à cause d'une affection physique ou d'un problème de santé chronique? Par chronique, il faut entendre : qui dure depuis plus de six mois ou qui devrait durer plus de six mois.* Dans l'ensemble, les femmes font état un peu plus fréquemment que les hommes de limitations dans leurs activités : 18 p. 100 d'entre elles ont répondu « oui » à la question, contre 14 p. 100 chez les hommes.

Cette différence entre les hommes et les femmes au niveau de l'évaluation de leurs limitations dans l'exercice de leurs activités vaut pour tous les groupes d'âge. C'est parmi les personnes de 25 à 34 ans qu'elle est la moins prononcée. À cet âge, 10 p. 100 des femmes et 8 p. 100 des hommes font état de limitations de leurs activités. Chez les personnes de plus de 65 ans, la proportion passe à 37 p. 100 pour les femmes et à 31 p. 100 pour les hommes.

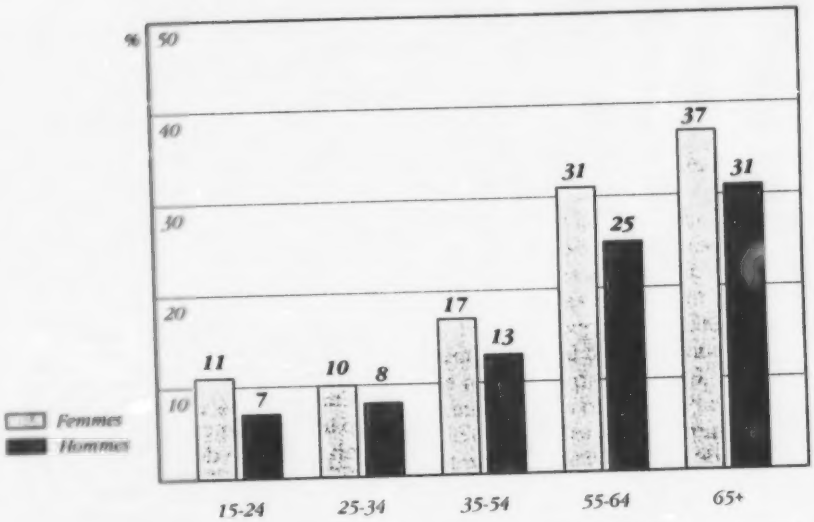
2 Pour plus d'information, consulter le document intitulé « Enquête Promotion Santé Canada : étude spéciale sur les adultes limités dans l'exercice de leurs activités ».

La santé auto-évaluée et la limitation de l'activité

Si l'on considère que la santé est axée sur les problèmes, les femmes qui font état de limitations dans l'exercice de leurs activités devraient normalement décrire leur propre santé comme moyenne ou mauvaise. Ce n'a toutefois pas été le cas parmi les femmes interrogées. Une majorité de femmes — 60 p. 100 — faisant état de limitations de leurs activités considèrent en effet leur santé comme bonne, très bonne ou excellente. Bien que cette proportion soit inférieure aux 93 p. 100 de femmes non limitées dans leurs activités qui classent leur santé au même niveau, les réponses de bon nombre de femmes étaient contraires aux attentes traditionnelles. Il apparaît effectivement que les femmes ne considèrent pas nécessairement leur santé comme moyenne ou mauvaise parce que leurs activités sont limitées.

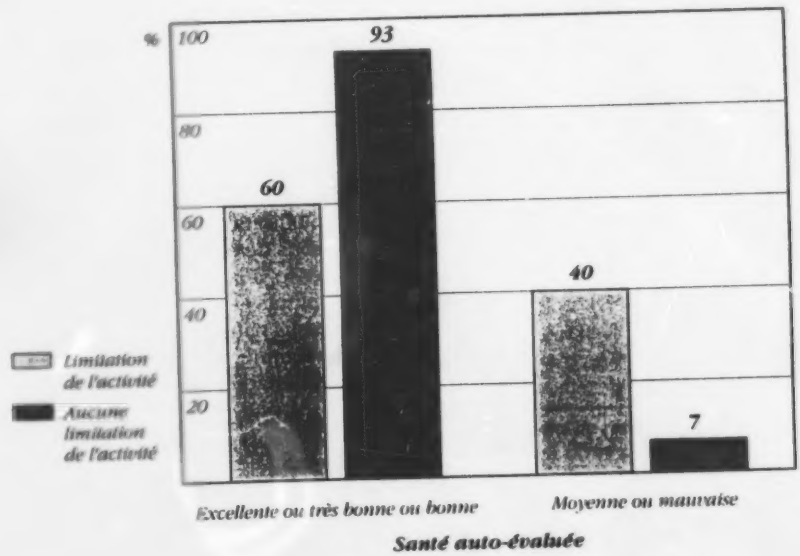
Bien que le fait d'être limitées dans leurs activités influe fortement sur la façon dont les femmes perçoivent leur santé, même parmi celles qui déclarent l'être, une majorité - 60 p. 100 - se considèrent quand même en bonne, en très bonne ou en excellente santé.

Fig. 1.3
Limitation de l'activité : femmes et hommes, selon l'âge



L'auto-évaluation des limitations dans les activités est l'une des mesures de la santé où apparaît une différence entre les hommes et les femmes. En effet, de façon constante, et pour chaque groupe d'âge, les femmes déclarent davantage de limitations dans l'exercice de leurs activités que les hommes. En général, la différence entre hommes et femmes s'accentue quelque peu avec l'âge.

Fig. 1.4
Santé auto-évaluée et limitation de l'activité



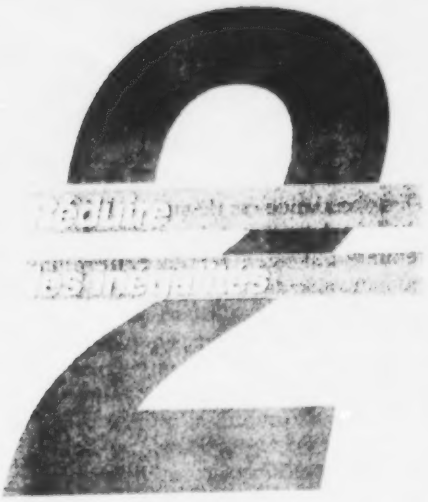
Questions et défis

Ce chapitre soulève une importante question pour la compréhension de la santé des femmes.

D'une part, l'*Enquête Promotion Santé Canada* a révélé que la grande majorité des femmes jugeaient leur santé de bonne à excellente. D'autre part, nous savons que les femmes font état d'un plus grand nombre de problèmes de santé et ont davantage recours aux services de santé que les hommes. Selon l'Enquête Santé Canada 1981, par exemple, de tous les problèmes de santé affectant les Canadiens, 60 p. 100 ont été signalés par des femmes et celles-ci perdaient en moyenne deux fois plus de journées que les hommes à cause de limitations de leurs activités. De la même façon, dans l'*Enquête Promotion Santé Canada*, les femmes de tous les groupes d'âge font état d'un plus grand nombre de problèmes de santé limitant leurs activités que les hommes.

Il semble donc que les mesures traditionnelles de la maladie, des limitations des activités et de l'utilisation du réseau de soins de santé ne donnent pas une image fidèle de l'état de santé des femmes. En effet, dans cette enquête, la majorité des femmes qui font état de limitations de leurs activités estiment par ailleurs être en bonne ou en excellente santé. La fréquence de leur recours au réseau de soins de santé donne également une image inexacte de leur santé, car les visites chez le médecin et l'hospitalisation ont souvent trait aux fonctions de reproduction, à la grossesse, à la naissance et aux soins des enfants — qui sont tous des processus naturels et sains de la vie d'une femme.

Les Canadiennes estiment que la santé est plus que la simple absence de maladie et elles se considèrent fondamentalement en bonne santé. Cette perception vient étayer un modèle de la santé qui tient compte du bien-être sur les plans social, mental, émotif et physique.



Il est reconnu qu'un désavantage social et économique influe négativement sur la santé. Les Canadiens à faible revenu, par exemple, connaissent davantage de problèmes de santé que les autres et ont en général une espérance de vie moindre. Il est apparu par ailleurs que non seulement un faible revenu rendait plus difficile l'accès aux services de santé mais qu'il avait également un impact sur l'instruction et la profession, les incapacités et le mode de vie. Les auteurs du rapport *La santé pour tous : plan d'ensemble pour la promotion de la santé*

Dans ce chapitre, nous nous attardons à cinq groupes de femmes particuliers : les femmes indigentes, les femmes ayant peu d'instruction, les femmes sans emploi, les femmes âgées et les femmes autochtones. Les femmes de chacun de ces groupes se considèrent en effet, d'ordinaire, en moins bonne santé que les autres femmes, et c'est pourquoi il faudrait mettre au point des mécanismes de promotion de la santé adaptés aux besoins et aux conditions de vie des différents groupes de femmes et remédiant aux injustices sociales qui sont à l'origine de cette différence.

affirment avoir trouvé « des preuves accablantes, selon lesquelles, en dépit de la grande qualité du réseau de soins de santé du Canada, la santé des gens demeurait encore directement liée à leur statut économique » . Ils font d'ailleurs de la réduction des inégalités entre Canadiens favorisés et défavorisés l'un des principaux défis que doit relever la promotion de la santé.

Nous examinons, dans le présent chapitre, la façon dont le revenu de même que le niveau d'instruction, l'emploi, l'âge et le fait d'être autochtone influent directement sur la santé des femmes, que ce soit séparément ou selon diverses combinaisons.

Le revenu

Bien que la pauvreté ait une incidence sur la santé pour tous les Canadiens à faible revenu, c'est particulièrement vrai dans le cas des femmes.

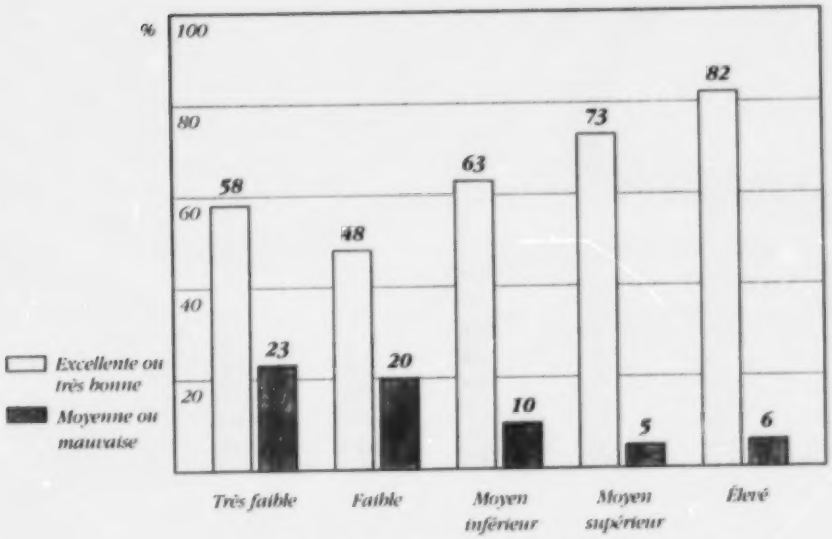
Le Conseil national du bien-être, dans une description de la « féminisation de la pauvreté » , note que les femmes sont surreprésentées parmi les pauvres au Canada. En effet, bien qu'elles constituent 51 p. 100 de la population, elles représentent 57 p. 100 des personnes à faible revenu au pays et 62 p. 100 des personnes seules pauvres. Plus de la moitié des familles monoparentales ayant une femme à leur tête sont indigentes.

D'après le revenu de leur ménage et la taille de leur famille, les personnes interrogées dans le cadre de l'*Enquête Promotion Santé Canada* ont été réparties en cinq catégories de revenu : très faible, faible, moyen inférieur, moyen supérieur et élevé.[3]

Un nombre beaucoup moins élevé de femmes à faible et très faible revenu se considèrent en excellente ou en très bonne santé pour leur âge, et un nombre beaucoup plus grand jugent leur santé moyenne ou mauvaise, comparativement à leurs homologues à revenu élevé. Cinquante-huit pour cent des femmes à revenu très faible s'estiment en très bonne ou en excellente santé contre 82 p. 100 des femmes à revenu élevé, tandis que 23 p. 100 d'entre elles considèrent leur santé comme moyenne ou mauvaise, contre 6 p. 100 des femmes à revenu élevé.

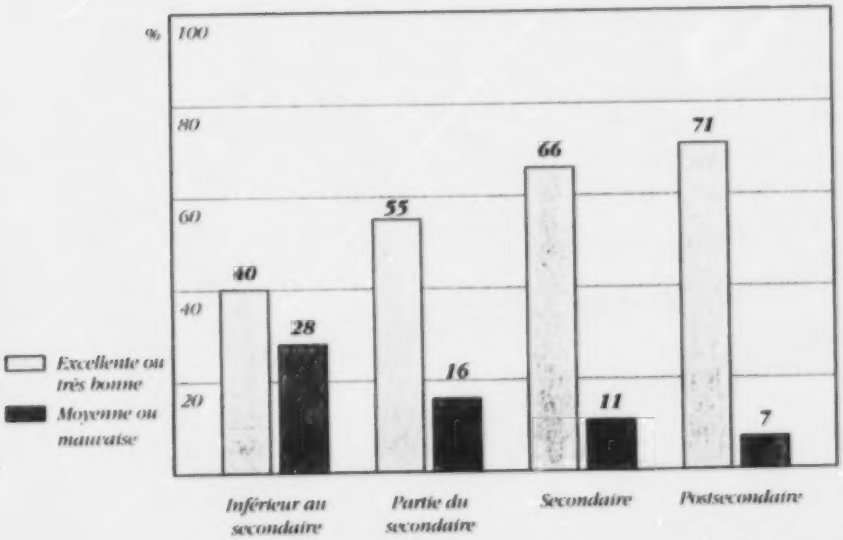
3 Le calcul réel de ces groupes de revenu est décrit en détail dans « Enquête Promotion Santé Canada : étude spéciale des populations défavorisées sur le plan social et économique ». Le rapport technique comprend également des tableaux détaillés sur plusieurs des sujets abordés dans ce chapitre.

Fig. 2.1
La perception qu'ont les femmes de leur santé, selon le niveau de revenu



Alors que 82 p. 100 des femmes à revenu élevé se considèrent en excellente ou en très bonne santé, la proportion tombe à 48 p. 100 chez les femmes pauvres et à 58 p. 100 chez les très pauvres.

Fig. 2.3
La perception qu'ont les femmes de leur santé, selon le niveau d'instruction



Les femmes plus instruites sont beaucoup plus nombreuses que les femmes moins instruites à se considérer en très bonne ou en excellente santé pour leur âge.

Deux tendances se dégagent de ces chiffres. D'une part, le nombre de femmes qui jugent leur santé moyenne ou mauvaise diminue à mesure que le revenu augmente. D'autre part, le pourcentage des femmes qui s'estiment en excellente ou en très bonne santé augmente avec le revenu, à une exception près : les femmes pauvres se déclarent beaucoup moins souvent en très bonne ou en excellente santé que les femmes très pauvres.

On pourrait attribuer ce phénomène au nombre disproportionné de personnes âgées parmi les femmes pauvres et au nombre plus élevé de problèmes de santé dont celles-ci font état par rapport aux plus jeunes. Pourtant, même en excluant les femmes de 65 ans et plus de l'analyse, la tendance demeure très semblable. En effet, si 82 p. 100 des femmes à revenu élevé qui n'appartiennent pas à la classe « âgée » se considèrent en très bonne ou en excellente santé, cela n'est le cas que de 52 p. 100 des femmes pauvres et de 62 p. 100 des femmes très pauvres.

Un rapport similaire entre le revenu et la santé ressort de l'analyse des limites des activités à long terme. Bien que la tendance soit quelque peu moins marquée, une proportion considérablement supérieure de femmes pauvres et très pauvres se considèrent limitées dans leurs activités comparativement à leurs homologues à revenu élevé. Vingt-trois pour cent des femmes pauvres et 20 p. 100 des femmes très pauvres font état de limitations de leurs activités contre 15 p. 100 des femmes à revenu moyen inférieur et 14 p. 100 des femmes appartenant aux catégories de revenu supérieures.

L'instruction

L'instruction représente une importante ressource pour la santé, au moins sur deux plans. En effet, elle assure un meilleur accès à l'information sur la santé et permet de prendre

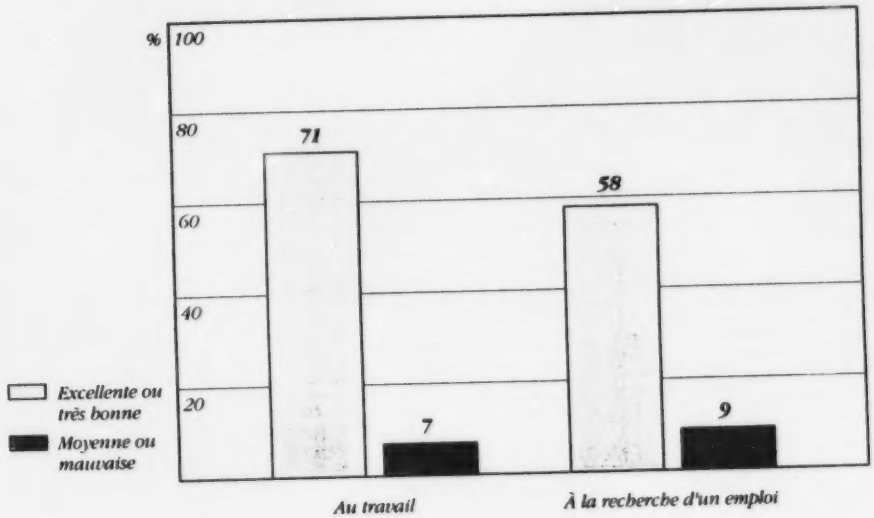
des décisions plus éclairées en la matière. L'instruction peut aussi influer indirectement sur la santé par sa relation avec d'autres ressources liées à la santé telles que le revenu et l'emploi.

Les femmes ont été groupées en quatre catégories d'après leur niveau d'instruction : inférieur au secondaire, partie du secondaire, secondaire et postsecondaire. Parmi les femmes n'ayant pas atteint le niveau secondaire, 40 p. 100 s'estiment en très bonne ou en excellente santé, tandis que 28 p. 100 jugent leur santé moyenne ou mauvaise. Par contre, chez les détentrices d'un diplôme postsecondaire, 71 p. 100 qualifient leur santé de très bonne ou d'excellente et 7 p. 100 seulement, de moyenne ou de mauvaise.

Encore une fois, ces résultats peuvent en partie être attribués au nombre disproportionné de personnes âgées parmi les femmes n'ayant pas atteint le secondaire et au fait qu'elles déclarent d'habitude un nombre plus élevé de problèmes de santé. Mais même en excluant les femmes âgées, la tendance se maintient. Parmi les femmes de moins de 65 ans n'ayant pas atteint le niveau secondaire, 45 p. 100 jugent leur santé excellente ou très bonne et 22 p. 100 la qualifient de moyenne ou de mauvaise. Toujours en excluant les aînées, on constate que 72 p. 100 des femmes ayant obtenu un diplôme postsecondaire jugent leur santé excellente ou très bonne, et que 6 p. 100 seulement la considèrent comme moyenne ou mauvaise.

Il existe également un rapport entre le niveau d'instruction et les limitations des activités signalées par les femmes. Parmi celles qui n'ont pas atteint le niveau secondaire, 32 p. 100 font état de limitations de leurs activités. La proportion de femmes déclarant des limitations d'activité prolongées décroît progressivement à mesure que le niveau d'instruction augmente : elle est de 20 p. 100 chez les femmes ayant arrêté leurs études secondaires, de 16 p. 100 chez celles l'ayant terminé et de 15 p. 100 chez les détentrices d'un diplôme postsecondaire.

Fig. 2.5
La perception qu'ont les femmes de leur santé, selon leur situation sur le marché du travail



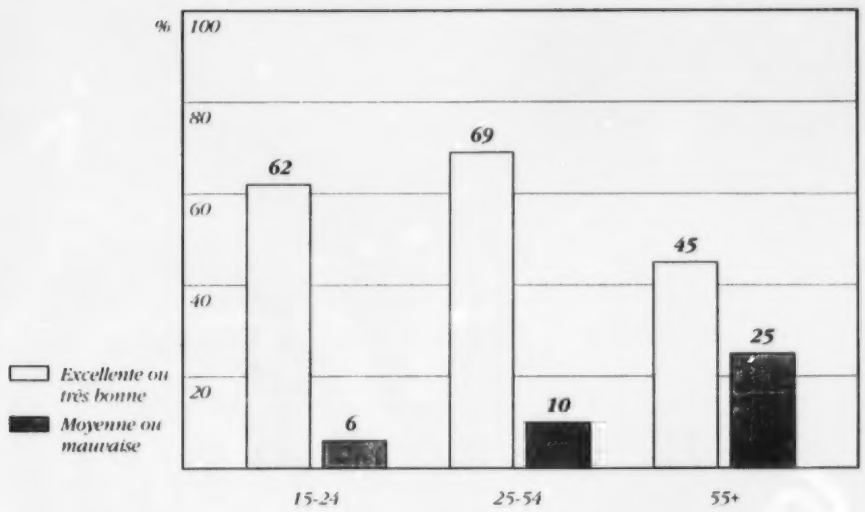
Les femmes qui travaillent sont plus nombreuses à se juger en très bonne ou en excellente santé que les femmes qui sont à la recherche d'un emploi.

Le chômage

Le chômage peut avoir sur la santé un effet direct de par son lien avec l'anxiété, la dépression ou la perte de l'estime de soi qu'il engendre, ou indirect, de par l'influence qu'il peut avoir sur d'autres ressources telles que le revenu ou le logement. L'emploi peut avoir sur la santé un effet positif en augmentant l'estime de soi et en donnant accès à des programmes d'information sur la santé et sur les modes de vie sains, ou un effet négatif, notamment lorsqu'il s'agit d'un emploi stressant, aliénant ou dangereux. Dans l'*Enquête Promotion Santé Canada*, le chômeur est défini comme un membre de la population active à la recherche de travail. Sont donc exclues les femmes qui travaillent à la maison ou qui ont cessé de chercher un emploi.[4]

4 Les résultats détaillés pour chaque groupe de la population active figurent dans le document intitulé « Enquête Promotion Santé Canada : étude spéciale sur les groupes qui composent la main-d'œuvre active ».

Fig. 2.6
La perception qu'ont les femmes de leur santé, selon l'âge



Les femmes âgées ont tendance à se considérer en moins bonne santé que les femmes plus jeunes.

Invitées à évaluer leur propre santé, les femmes qui occupent actuellement un emploi à l'extérieur de la maison et celles qui cherchent un emploi ont répondu, dans une proportion de 71 p. 100, être en très bonne ou en excellente santé, comparativement à 58 p. 100 des femmes sans emploi. En revanche, les femmes qui possèdent un emploi ne sont qu'un peu moins nombreuses à considérer leur santé comme moyenne ou mauvaise que les femmes à la recherche d'un emploi. Il se pourrait fort bien qu'un grand nombre des femmes qui ont cessé de chercher un emploi aient une santé moyenne ou mauvaise.

Dix-huit pour cent des femmes qui cherchaient un emploi ont fait état de limitations prolongées de leurs activités, comparativement à 13 p. 100 des femmes au travail. Ces chiffres pourraient sous-estimer l'ampleur des problèmes de santé qui affligent les femmes sans emploi; en effet, il se peut que beaucoup d'entre elles aient renoncé à chercher un emploi en raison de graves problèmes de santé et ne soient à ce titre plus considérées comme en chômage ou à la recherche d'un emploi.

L'âge[5]

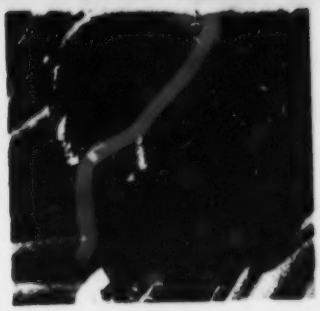
Comme les femmes ont une plus longue espérance de vie que les hommes, elles représentent une plus grande proportion de la population âgée du Canada. En fait, elles constituent près des deux tiers des 75 ans et plus. En moyenne, leur revenu et leur niveau d'instruction sont beaucoup moins élevés que ceux des hommes âgés. Les problèmes de santé signalés par les aînés sont donc étroitement liés aux problèmes de santé des femmes indigentes et ayant peu d'instruction.

Bien que la majorité des femmes âgées se déclarent en bonne santé, elles sont d'ordinaire moins nombreuses à le faire et signalent un plus grand nombre de problèmes de santé que les jeunes[6]. Certains de ces problèmes peuvent être reliés au processus biologique du vieillissement qui, à son tour, peut être accéléré par divers facteurs sociaux et économiques, de même que par des facteurs professionnels.

À peine 45 p. 100 des femmes de 55 ans et plus affirment être en très bonne ou en excellente santé pour leur âge, comparativement à 69 p. 100 des femmes de 25 à 54 ans, et à 62 p. 100 de celles de 15 à 24 ans. Soixante-quinze pour cent des femmes de 55 ans et plus estiment être en bonne, en très bonne ou en excellente santé pour leur âge, comparativement

5 *Pour de plus amples informations sur la santé des personnes âgées, consulter le document intitulé « Action Santé : les aîné(e)s ». Pour plus de renseignements sur la situation des jeunes, consulter le document intitulé « Enquête Promotion Santé Canada : étude spéciale sur les jeunes».*

6 *Pour plus d'information, consulter le document intitulé « Enquête Promotion Santé Canada dans les Territoires du Nord-Ouest ».*



à 90 p. 100 des femmes de 25 à 54 ans et à 94 p. 100 de celles de 15 à 24 ans. Il est important de rappeler que ces chiffres reflètent la comparaison des femmes non pas à la population dans son ensemble, mais aux autres femmes du même âge, et que, par conséquent, ces auto-évaluations sont probablement influencées par divers aspects des conditions de vie de ces femmes autres que leur âge.

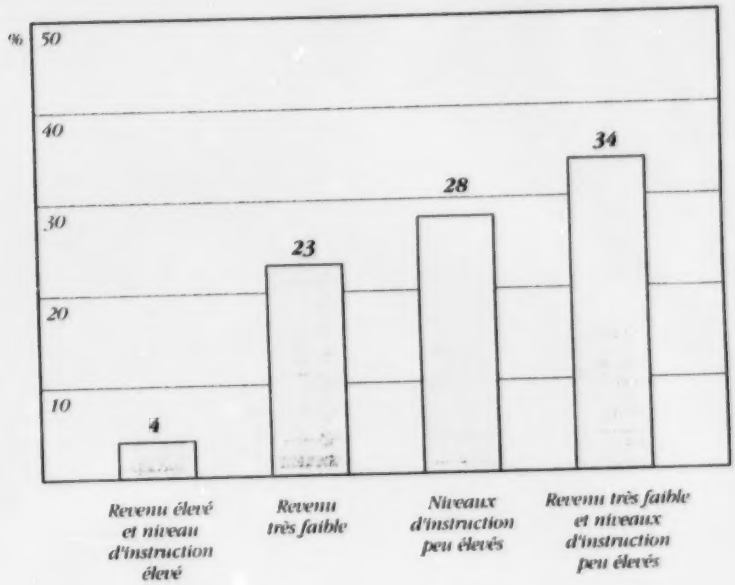
Les aînées sont beaucoup plus nombreuses à faire état de limitations de leurs activités que les jeunes femmes. Trente-sept pour cent des femmes de plus de 65 ans et 31 p. 100 de celles de 55 à 64 ans font état de limitations prolongées de leurs activités, contre 14 p. 100 seulement des 25 à 54 ans et 11 p. 100 des 15 à 24 ans.

Désavantages multiples

Bien que nous les ayons considérés séparément dans notre analyse, les facteurs du revenu, de l'instruction, de l'emploi et de l'âge n'agissent pas de façon isolée dans la vie pour de nombreuses femmes. Il ne fait aucun doute que ces facteurs peuvent se combiner de diverses façons pour venir compliquer encore davantage les efforts des individus pour être en bonne santé. En outre, certains désavantages surviennent souvent de pair : les personnes peu instruites risquent davantage d'être pauvres. Nous avons donc examiné les effets de deux des nombreuses combinaisons possibles de ces facteurs chez les femmes : le faible niveau d'instruction et le faible revenu chez toutes les femmes, et les deux mêmes facteurs chez les aînées seulement.

Chez les femmes dont le niveau d'instruction et le revenu sont élevés, à peine 4 p. 100 jugent leur santé moyenne ou mauvaise. Ce chiffre passe à 23 p. 100 chez les femmes très pauvres et à 34 p. 100 chez les femmes très pauvres et ayant peu d'instruction. Dans l'ensemble, une femme très pauvre n'ayant pas atteint

Fig. 2.7
Pourcentage des femmes qui jugent leur santé moyenne ou mauvaise



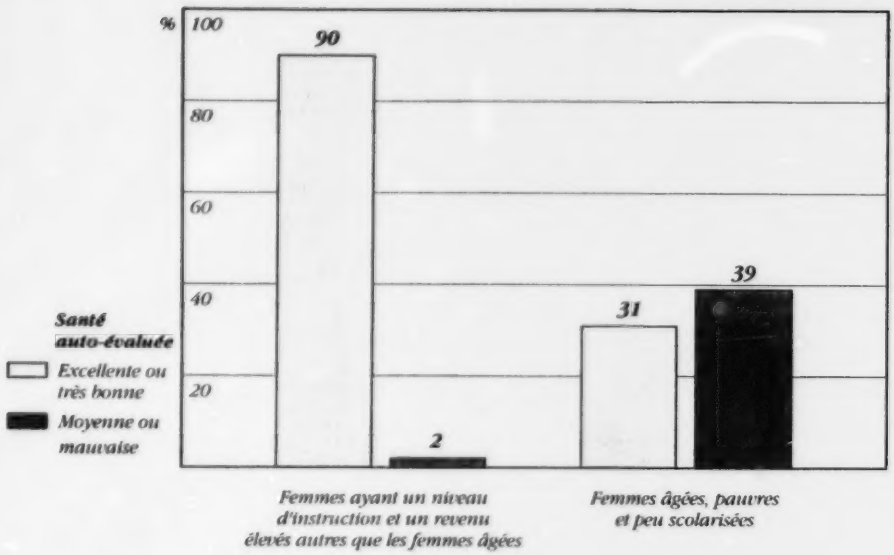
Seulement 4 p. 100 des femmes à revenu élevé et qui ont un haut niveau d'instruction considèrent leur santé comme moyenne ou mauvaise; ce nombre passe à 28 p. 100 chez les femmes qui ont peu d'instruction et à 34 p. 100 chez celles qui ont un revenu très faible et peu d'instruction.

Les femmes autochtones

Selon l'Enquête Promotion Santé Canada, les femmes inuit et dénées des Territoires du Nord-Ouest (T.N.-O.) sont en général moins nombreuses que les femmes non autochtones à juger leur santé très bonne ou excellente et beaucoup plus nombreuses à la juger moyenne ou mauvaise. En effet, seulement 25 p. 100 des femmes inuit et 47 p. 100 des femmes dénées s'estiment en très bonne ou en excellente santé, tandis que c'est le cas de 64 p. 100 des femmes non autochtones des T.N.-O. et de 60 p. 100 des femmes du reste du Canada. Dix-neuf pour cent des femmes inuit et 14 p. 100 des femmes dénées qualifient leur santé de moyenne ou de mauvaise comparativement à 6 p. 100 des femmes non autochtones et à 3 p. 100 du reste de la population féminine du Canada.

Malgré ces différences au niveau de l'auto-évaluation de la santé entre les femmes autochtones et non autochtones, les femmes inuit, dénées et non autochtones des T.N.-O. se trouvent moins limitées dans leurs activités que les femmes du reste du pays. En effet, 14 p. 100 des femmes inuit, 13 p. 100 des femmes dénées et 15 p. 100 des femmes non autochtones des T.N.-O. font état de limitations dans leurs activités contre 19 p. 100 des femmes du reste du pays.

Fig. 2.8
Quelques corrélations



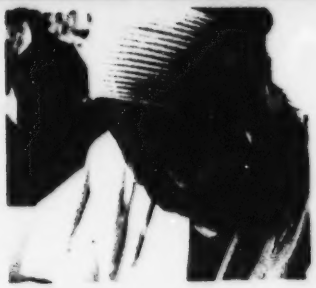
Lorsque l'on examine les effets combinés de l'âge, de l'instruction et du revenu, la tendance apparaît encore plus clairement.

le niveau secondaire est 8,5 fois plus susceptible de juger sa santé moyenne ou mauvaise qu'une femme à revenu élevé détenant un diplôme postsecondaire.

La même tendance se dégage en ce qui concerne les limitations dans les activités. Onze pour cent des femmes ayant un niveau d'instruction et un revenu élevés font état de limitations de leurs activités; ce chiffre passe à 37 p. 100 chez les femmes pauvres et peu scolarisées.

Quatre-vingt-dix pour cent des femmes de moins de 65 ans ayant un niveau d'instruction et un revenu élevés se trouvent en très bonne ou en excellente santé pour leur âge tandis que 2 p. 100 seulement d'entre elles considèrent leur santé comme moyenne ou mauvaise. Par contre, à peine 31 p. 100 des femmes âgées, pauvres et peu scolarisées qualifient leur santé de très bonne ou d'excellente pour leur âge et 39 p. 100 la jugent moyenne ou mauvaise.

La même tendance se dégage en ce qui concerne les limitations dans les activités. Chez les femmes de moins de 65 ans ayant un niveau d'instruction et un revenu élevés, 11 p. 100 faisaient état de limitations de leurs activités. Chez les femmes âgées, pauvres et peu scolarisées, ce chiffre passe à 63 p. 100.



Questions et défis

Il ressort de l'*Enquête Promotion Santé Canada* que les facteurs tels que le revenu, l'âge, l'instruction, l'emploi et l'origine autochtone influent beaucoup sur la façon dont les femmes évaluent leur santé. Bien que l'on ait noté certains progrès ces dernières années, les femmes sont toujours plus nombreuses que les hommes à être pauvres, peu scolarisées, sous-payées, sans emploi ou occupant des postes peu rémunérateurs. La promotion de la santé pour tous doit donc viser systématiquement à réduire certaines de ces inégalités de base qui ne favorisent pas la bonne santé.

Certaines des données contenues dans le présent chapitre semblent indiquer que les femmes pauvres se sentent peut-être en moins bonne santé que les femmes très pauvres. On peut trouver trois explications possibles à ce fait apparent. D'abord, le groupe des femmes très pauvres pourrait englober un grand nombre d'étudiantes, dont le revenu ne témoigne pas nécessairement du bien-être économique. Ensuite, le filet de sûreté qu'offre le bien-être social aux

Les travailleuses à faible revenu

Bien qu'elles représentent 42 p. 100 de la population active du Canada, les femmes sont surreprésentées dans certains emplois peu rémunérateurs. Soixante-deux pour cent des travailleuses canadiennes sont en effet des employées de bureau ou occupent des postes dans les services ou la vente.

Les travailleuses indigentes qui ont été sondées étaient surtout des jeunes femmes : 39 p. 100 d'entre elles avaient moins de 25 ans contre 14 p. 100 chez les travailleuses à revenu plus élevé. Trente-trois pour cent d'entre elles n'avaient pas atteint le niveau secondaire à l'école contre 20 p. 100 des femmes plus aisées. En dépit de leur jeune âge, les travailleuses pauvres s'estiment en beaucoup moins bonne santé que les autres travailleuses. Si on l'examine sous l'angle de la catégorie de main-d'œuvre, le taux élevé de réponses « moyenne à mauvaise » que nous ont données les femmes du secteur de la vente en gros (22,4 p. 100), quant à leur santé, mérite d'être signalé.

	Pourcentage	
Travailleuses	**Pauvres**	**Non pauvres**
Santé auto-évaluée : excellente ou très bonne	58	76
Santé auto-évaluée : moyenne ou mauvaise	11	5
Limitations dans les activités	14	12
Accès à de l'information en matière de santé sur les lieux de travail	20	63
Au courant des programmes de prévention des accidents sur les lieux de travail	38	62

Malgré l'état généralement moins bon de leur santé, à peine 20 p. 100 des travailleuses pauvres ont reçu des informations en matière de santé sur les lieux de travail au cours de l'année précédente, comparativement à 63 p. 100 des travailleuses plus aisées. Seulement 38 p. 100 des travailleuses pauvres étaient au courant de l'existence de programmes de prévention des accidents sur les lieux de travail comparativement à 62 p. 100 des travailleuses non pauvres. Aucune question n'a été posée sur les activités syndicales ou l'appartenance à un syndicat, facteurs qui pourraient influer sur la connaissance des activités de promotion de la santé parrainées par l'employeur ou par le syndicat.

très pauvres constitue une ressource de santé à laquelle n'ont pas nécessairement accès de la même façon les femmes pauvres qui travaillent. Enfin, beaucoup d'emplois peu rémunérateurs peuvent avoir des conséquences indésirables sur la santé en exigeant des individus qu'ils exécutent des tâches répétitives, aliénantes ou même dangereuses — conséquences négatives qui font plus qu'anéantir les avantages pour la santé que procure une augmentation du revenu.

L'instruction est un important facteur en matière de santé, surtout si l'on considère que le gros des efforts de promotion de la santé a porté sur l'information du public. Compte tenu de l'effet positif de l'instruction sur la santé et du rôle capital que jouent les femmes à titre de « gardiennes de la santé » et d'éducatrices à la maison, les efforts de promotion de la santé devraient également viser à accroître le niveau d'alphabétisation des Canadiennes. De la même façon, il faudrait mettre au point de nouvelles méthodes innovatrices de promotion de la santé qui soient adaptées aux besoins des femmes défavorisées et qui encouragent le développement de leurs compétences.

Bien qu'elles s'estiment en moins bonne santé que les autres, les femmes autochtones ne signalent pas plus de limitations de leurs activités pour autant. Cela soulève certaines questions sur la façon dont les limitations des activités perçues, les conditions de vie et le soutien social interagissent pour influer sur la santé des gens. Cela souligne également le besoin de concevoir des méthodes de promotion de la santé adaptées aux différences culturelles relevées au niveau de la perception qu'ont les femmes de leur propre santé.

L'*Enquête Promotion Santé Canada* s'est penchée sur le rapport entre la santé, d'une part, et un emploi rémunéré ou le chômage, d'autre part. Elle n'a pas cherché à obtenir de données sur le rôle de pourvoyeuse de soins que joue la femme ou sur les rapports entre le travail non rémunéré à la maison et le travail rémunéré à l'extérieur. D'autres études ont révélé que ces facteurs avaient une influence marquée sur la santé des femmes, notamment pour ce qui est du bien-être mental.

3 Axé sur la prévention

Au chapitre 3, nous abandonnons la question des inégalités pour nous pencher sur la façon dont les femmes perçoivent leurs propres efforts visant à entretenir et améliorer leur santé. Les femmes sont à l'avant-garde de la vie saine, toujours à la recherche de modes de vie plus sains et faisant pression pour que les gouvernements adoptent des programmes et politiques en matière de santé. Bien des choses doivent cependant encore être améliorées.

Au cours des vingt dernières années, la santé est devenue un objectif personnel important pour de nombreux Canadiens. L'un des principaux symboles de ce nouveau sens de la responsabilité personnelle est celui de la femme en bonne santé — la femme qui participe à divers programmes d'activité physique, qui prépare des repas conformes aux principes diététiques, qui s'occupe de sa famille ou participe à des groupes d'entraide ou à diverses organisations militantes, comme cette organisation américaine appelée « Mothers Against Drunk Driving ». Le message que véhiculent ces images est celui de femmes ouvertement en faveur de modes de vie sains, de mesures d'intérêt public favorisant la santé et de comportements préventifs en matière de santé.

Ces dernières années, au Canada, le contexte de la promotion de la santé et de l'élaboration de politiques connexes a été élargi afin d'inclure des considérations d'ordre social et environnemental ainsi que les efforts déployés par chaque individu pour réduire les facteurs de risque dans sa vie quotidienne. Les pratiques personnelles en matière de santé n'en demeurent pas moins un facteur important pour la prévention. Nous faisons état, dans ce chapitre, d'un certain nombre d'efforts qu'ont déployés les femmes pour rester en bonne santé, notamment des pratiques préventives qu'elles ont adoptées et des divers moyens auxquels elles ont eu recours pour promouvoir, dans leur vie quotidienne, des habitudes de vie saines.

Efforts déployés pour être en bonne santé

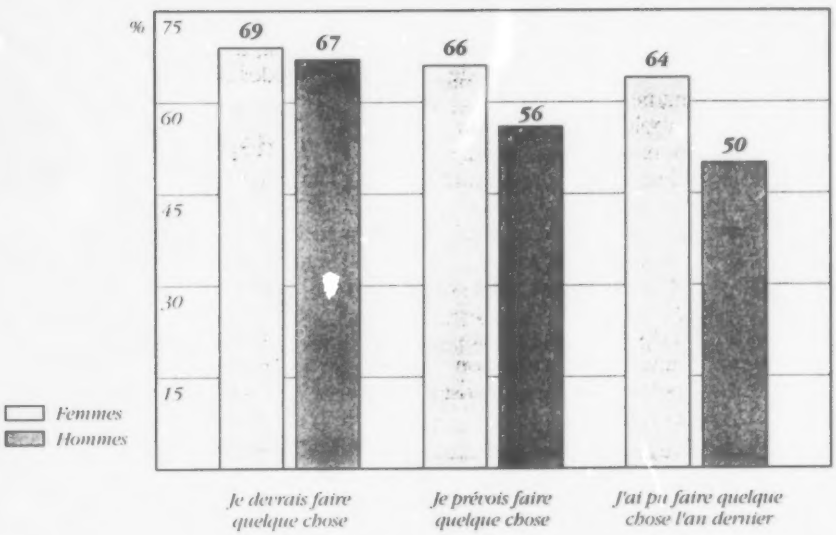
L'*Enquête Promotion Santé Canada* demandait aux gens de décrire dans quelle mesure, selon eux, ils s'efforçaient d'entretenir ou d'améliorer leur santé, et d'indiquer leurs priorités en matière de changements.

On a demandé aux personnes interrogées si elles souscrivaient ou non à l'énoncé suivant : *Comparativement à la plupart des personnes de mon âge, je fais davantage d'efforts pour améliorer ma santé*. Soixante-huit pour cent des femmes à qui l'on a posé cette question ont répondu par l'affirmative. Dans une large mesure, cette affirmation a été étayée par les habitudes de santé qu'elles déclarent avoir.

Quand on les a interrogés pour savoir s'il y avait quelque chose qu'ils *devraient* faire pour améliorer leur santé, les hommes et les femmes ont presque répondu de la même façon : 69 p. 100 des femmes et 67 p. 100 des hommes pensent qu'ils devraient faire quelque chose pour améliorer leur santé.

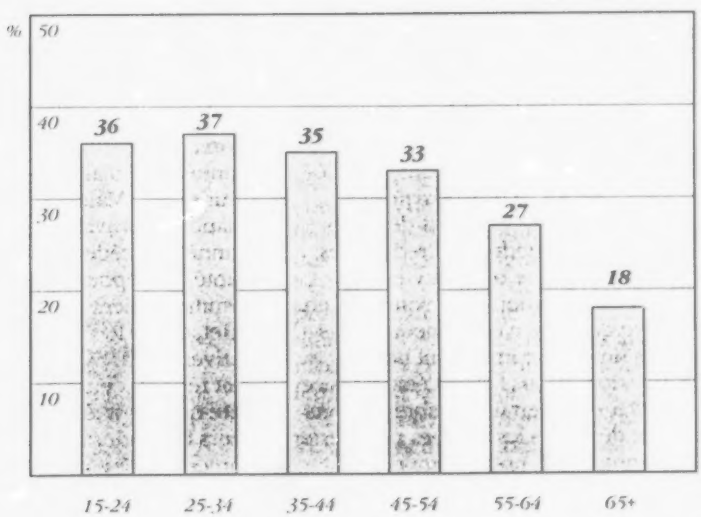
Par contre, beaucoup plus de femmes que d'hommes — 66 contre 56 p. 100 — affirmaient avoir l'intention de faire quelque chose dans l'année qui allait suivre pour améliorer leur santé. Mais quand on leur a demandés s'ils avaient fait quelque chose l'année précédente pour améliorer leur santé, les réponses des hommes et des femmes étaient fort différentes. En effet, 64 p. 100 des femmes, comparativement à 50 p. 100 des hommes, ont répondu par l'affirmative, c'est-à-dire qu'ils ont déclaré avoir amélioré leurs habitudes alimentaires, cessé de fumer, réduit leur consommation d'alcool, essayé de contrôler leur tension artérielle et ainsi de suite.

Fig. 3.1
L'amélioration de la santé : femmes et hommes



Plus de femmes que d'hommes affirment avoir voulu agir et avoir effectivement agi pour améliorer leur santé au cours de l'année écoulée.

Fig. 3.2
Consommation de tabac chez les femmes, selon l'âge



C'est parmi les femmes de 15 à 34 ans que la consommation de tabac est la plus fréquente.

Les comportements préventifs

L'enquête comportait des questions sur une vaste gamme de comportements en matière de santé tels que la consommation d'alcool, de tabac et de drogues, l'alimentation, l'exercice physique et la sécurité.

Le tabac : Trente-deux pour cent des femmes déclarent fumer la cigarette; 29 p. 100 d'entre elles fument régulièrement. Résultat alarmant, le nombre de fumeuses est le plus élevé chez les 15 à 44 ans, où il atteint une moyenne de 36 p. 100. En outre, bien que le nombre global des fumeurs ait diminué de quelque 16 p. 100 au Canada ces 20 dernières années, un plus grand nombre d'hommes que de femmes ont cessé de fumer; le nombre de fumeurs est aujourd'hui pratiquement égal pour chaque sexe (à 3 p. 100 près). Cette tendance pourrait être attribuée en partie au problème du contrôle du poids chez les femmes : en gros, 30 p. 100 des fumeuses (comparativement à 18 p. 100 des non-fumeuses) pensent en effet que la consommation de tabac les aide à rester minces.

Le tabagisme diminue avec l'âge chez les femmes; 18 p. 100 des femmes de plus de 65 ans déclarent fumer. Les femmes qui travaillent dans le secteur des services et celles qui occupent des emplois de cols bleus sont les plus touchées par le tabagisme (44 p. 100 et 41 p. 100 respectivement) tandis que les professionnelles sont les moins nombreuses à fumer (25 p. 100).

L'alcool : Dans l'ensemble, les femmes boivent beaucoup moins que les hommes, tant du point de vue de la fréquence que de celui de la quantité. Soixante-dix-sept pour cent des femmes consomment de l'alcool (ont consommé de l'alcool au moins une fois au cours de l'année précédente) contre 86 p. 100 des hommes. Les différences entre les sexes varient selon l'âge. Chez les jeunes de 15 à 19 ans et de 20 à 24

ans, la différence entre hommes et femmes n'est respectivement que de 1 et 2 p. 100, tandis que chez les adultes de 55 à 64 ans et de plus de 65 ans, ces différences s'élèvent respectivement à 8 et à 31 p. 100. Chez les consommateurs, 4 p. 100 de femmes, par rapport à 8 p. 100 d'hommes, déclarent prendre de l'alcool chaque jour. Un pour cent des femmes contre 9 p. 100 des hommes affirment avoir pris huit consommations d'alcool ou plus en un seul jour la semaine précédant l'enquête. Les travailleuses pauvres risquent plus que les travailleuses non pauvres de boire au moins quatre consommations sur une journée, et ce, au moins une fois par semaine (23 p. 100 contre 8 p. 100). La proportion des travailleuses pauvres qui indiquent consommer de l'alcool à ce rythme un ou deux jours par semaine est semblable à celle relevée chez les cols bleus de sexe masculin.

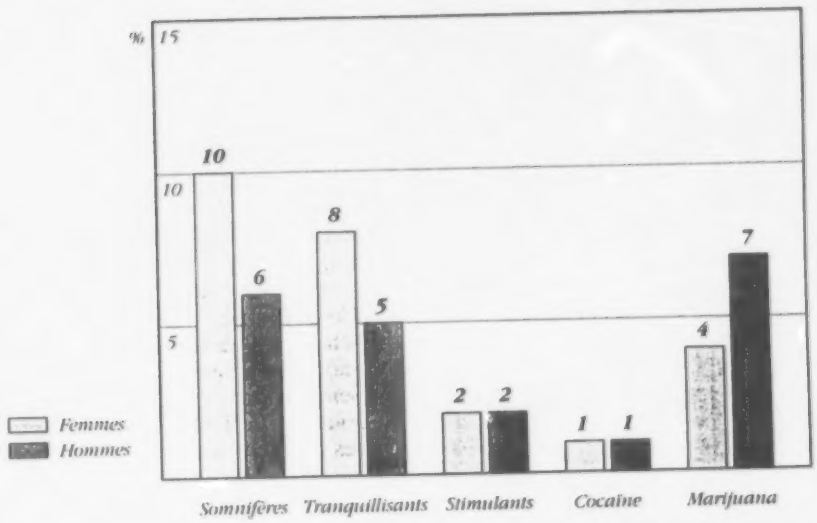
Usage d'autres drogues : Bien que moins de femmes que d'hommes déclarent avoir consommé de la marijuana au cours des 12 mois précédant l'enquête, hommes et femmes indiquent une consommation similaire de stimulants et de cocaïne pour la même période. Plus de femmes que d'hommes déclarent avoir eu recours à des somnifères (10 p. 100 comparativement à 6 p. 100) et à des tranquillisants (8 p. 100 comparativement à 5 p. 100) dans les 12 mois précédant l'enquête. L'utilisation combinée de dépresseurs est également courante. Un tiers des consommatrices de somnifères prennent également des tranquillisants et près de la moitié de celles qui ont recours aux tranquillisants déclarent utiliser également des somnifères.

Ce sont les femmes de plus de 65 ans qui consomment le plus de somnifères (23 p. 100) et de tranquillisants (14 p. 100). Les femmes à la recherche d'un emploi et les femmes qui tiennent le ménage déclarent aussi utiliser des tranquillisants plus fréquemment (respectivement 14 et 9 p. 100) que la moyenne nationale. Au Canada, 15 p. 100 des veuves affirment avoir eu recours à des tranquillisants l'année précédant l'enquête; les femmes séparées ou divorcées en consomment également fréquemment. L'usage déclaré de somnifères domine chez les femmes retraitées, les veuves, les femmes au foyer et celles qui occupent des postes de cols blancs.

L'alcool et la conduite automobile : En ce qui concerne l'alcool au volant, 13 p. 100 des femmes, comparativement à 34 p. 100 des hommes, déclarent avoir conduit après avoir bu, au cours du mois précédent. Dans l'ensemble, les hommes représentent plus de 80 p. 100 de tous les cas de conduite sous l'effet de l'alcool recencés dans le cadre de l'enquête.

Ceinture de sécurité : Soixante-douze pour cent des femmes, contre 59 p. 100 des hommes, affirment utiliser leur ceinture de sécurité en tout temps.

Fig. 3.3
Consommation de drogues : femmes et hommes



Beaucoup plus de femmes que d'hommes déclarent avoir consommé des tranquillisants et des somnifères au cours des 12 mois précédant l'enquête. Il est à noter que les données de l'enquête n'incluent pas les gens qui séjournent dans des établissements ou des hôpitaux de soins chroniques.

Exercice : Malgré la similarité au niveau de la fréquence de l'exercice physique chez les hommes et chez les femmes, il s'agit là d'un domaine dans lequel les hommes ont adopté des pratiques de santé un peu plus systématiques. Cinquante-trois pour cent des femmes et 56 p. 100 des hommes déclarent en effet faire de l'exercice trois fois par semaine ou plus.

Nutrition et régime alimentaire : Un nombre égal de femmes et d'hommes déclarent n'avoir jamais sauté le déjeuner au cours de la semaine précédant l'enquête. Ce sont toutefois les femmes qui se montrent les plus préoccupées dans l'ensemble par leur choix alimentaire. Soixante-dix pour cent des femmes et 58 p. 100 des hommes sont d'avis qu'il faut éviter certains aliments pour rester en bonne santé (en particulier les aliments à forte teneur en lipides, en glucides et en cholestérol), et 66 p. 100 des femmes contre 60 p. 100 des hommes croient qu'il est nécessaire de consommer plus souvent certains aliments pour les mêmes raisons (par exemple, des fruits et des légumes). De la même façon, un plus grand nombre de femmes que d'hommes estiment que les gouvernements devraient aborder le sujet de la nutrition.

Vérification de la tension artérielle : Un nombre beaucoup plus élevé de femmes que d'hommes affirment faire vérifier régulièrement leur tension artérielle. Soixante-trois pour cent des femmes affirment avoir procédé à cette vérification au cours du mois précédant l'enquête, comparativement à 50 p. 100 des hommes; 82 p. 100 des femmes affirment l'avoir fait au cours de l'année précédente, comparativement à 68 p. 100 des hommes. Ces résultats pourraient indiquer qu'il existe un nombre plus élevé de femmes que d'hommes parmi les personnes âgées (les personnes de plus de 45 ans des deux sexes sont plus nombreuses que les plus jeunes à avoir fait vérifier leur tension au cours des six mois précédant l'enquête) et que les femmes en âge de procréer font en général vérifier leur tension lorsqu'elles subissent un examen gynécologique ou avant de se faire prescrire un anovulant.

Il existe également un rapport entre l'emploi et la fréquence déclarée de la vérification de la tension artérielle. Les travailleuses pauvres sont moins nombreuses à faire vérifier leur tension. Le pourcentage des femmes de ce groupe qui déclarent faire de l'hypertension est deux fois supérieur à celui des travailleuses non pauvres. Cependant, les travailleuses pauvres qui prennent le temps de faire vérifier leur pression et en acceptent le coût le font en général *à cause* d'un problème existant et sont donc évidemment plus nombreuses à déclarer des problèmes d'hypertension.

Les habitudes préventives chez les femmes

Pour prévenir et détecter rapidement le cancer du sein, le cancer du col de l'utérus et d'autres problèmes gynécologiques, la Société canadienne du cancer recommande aux femmes de faire examiner leurs seins par un médecin ou une infirmière, ou encore de procéder à un auto-examen, et de passer des tests PAP lorsqu'elles mènent une vie sexuelle active. Les personnes interrogées ont dû répondre à une question portant sur la fréquence de leur test PAP et de leur examen des seins.

Test PAP : Soixante et onze pour cent de toutes les femmes déclarent avoir passé un test PAP dans les trois années précédant l'enquête. Quatorze pour cent d'entre elles affirment n'avoir jamais passé le test. Les femmes de moins de 25 ans (35 p. 100) et celles de plus de 65 ans (16 p. 100) sont les plus nombreuses à déclarer n'avoir jamais passé le test. La faible fréquence des tests PAP chez les femmes de moins de 25 ans

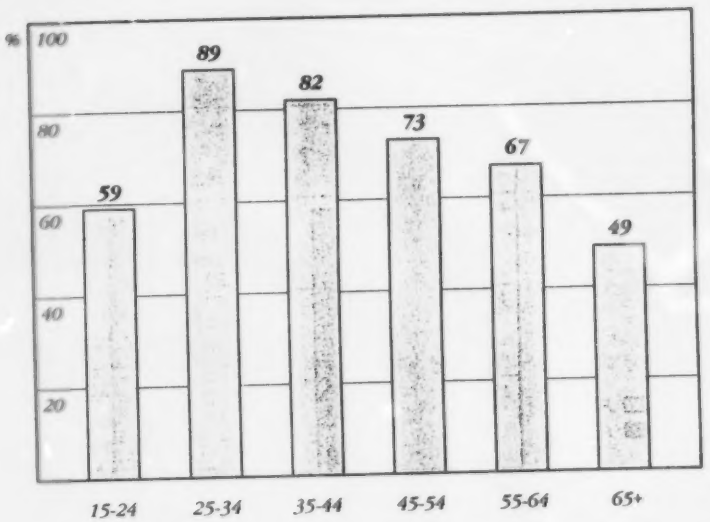
soulève certaines préoccupations, étant donné que les jeunes femmes en question mènent probablement une vie sexuelle active.

Examen des seins : Soixante-cinq pour cent de toutes les femmes interrogées affirment s'être fait examiner les seins par un médecin ou une infirmière au cours des 12 mois précédant l'enquête. Soixante-quinze pour cent d'entre elles affirment avoir appris à effectuer un auto-examen. Seulement 38 p. 100 déclarent procéder à cet examen une fois par mois.

On recommande à toutes les femmes, dès l'âge de 40 ans, de procéder à l'auto-examen de leurs seins et de subir un examen clinique annuel des seins. Après l'âge de 50 ans, on encourage également les femmes à subir une mammographie chaque année ou une année sur deux. Il subsiste toutefois encore certains doutes quant à la nécessité de l'auto-examen des seins pour les jeunes femmes; le cancer du sein est en effet peu fréquent à cet âge et l'auto-examen ne fait parfois que susciter de l'anxiété et donner lieu à des biopsies inutiles motivées par des nodules non cancéreux. Selon l'Organisation mondiale de la santé, « les données sont insuffisantes pour affirmer que l'auto-examen des seins tel que pratiqué à l'heure actuelle permet de réduire la mortalité causée par le cancer du sein ». Elle ne recommande donc pas la mise en place d'un programme d'auto-examen en tant que mesure d'intérêt public, bien qu'elle considère que les données sont aussi insuffisantes pour justifier une modification des programmes déjà existants.

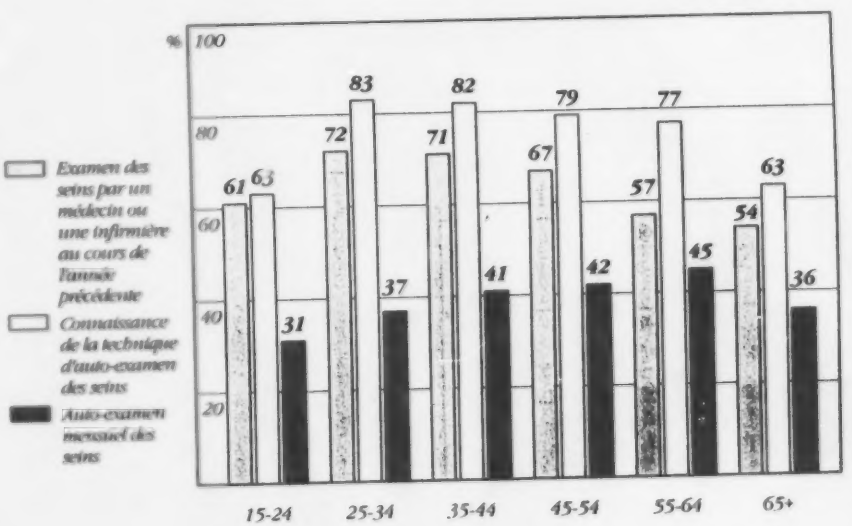
Contrôle du poids : Compte tenu de l'accent que met notre société sur la minceur des femmes, il n'est pas étonnant que celles-ci soient beaucoup plus nombreuses que les hommes — 65 p. 100 comparativement à 43 p. 100 — à vouloir perdre du poids. À peine 29 p. 100 des femmes contre 42 p. 100 des hommes affirment être satisfaites de leur poids actuel; 6 p. 100 des femmes

Fig. 3.4
Fréquence des tests PAP au cours des trois années précédentes



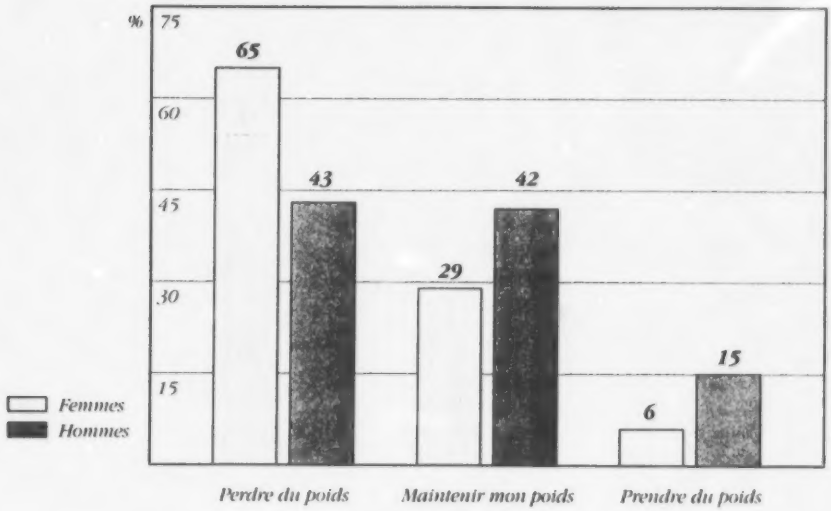
Les femmes de moins de 25 ans et celles de plus de 65 ans sont les moins nombreuses à avoir passé un test PAP au cours des trois années précédentes.

Fig. 3.5
Examen des seins, selon l'âge



La majorité des femmes ont fait examiner leurs seins par un médecin ou une infirmière au cours de l'année précédant l'enquête; un nombre relativement peu élevé de femmes affirment procéder à cet examen elles-mêmes chaque mois, même si la plupart déclarent savoir comment faire.

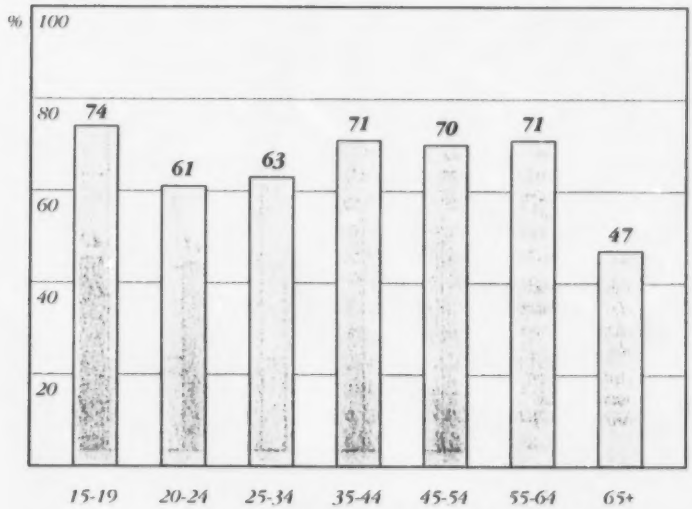
Fig. 3.6
Contrôle du poids : femmes et hommes



J'aimerais ...

Près de deux femmes sur trois aimeraient perdre du poids.

Fig. 3.7
Pourcentage des femmes qui désirent perdre du poids, selon l'âge



Bien que la plupart des femmes aient un poids correspondant aux fourchettes de poids-santé, une nette majorité déclarent vouloir perdre du poids, et ce, dans tous les groupes d'âge jusqu'à 65 ans.

et 15 p. 100 des hommes aimeraient au contraire prendre du poids.

Il est particulièrement inquiétant de voir le nombre de femmes dont le poids se situe tout à fait dans les fourchettes de « poids-santé » et qui désirent quand même perdre du poids. En effet, 65 p. 100 de toutes les femmes interrogées veulent perdre du poids alors que seulement 36 p. 100 d'entre elles peuvent être considérées comme ayant un poids excessif d'après les normes de Santé et Bien-être social Canada[7]; par contre, 64 p. 100 des femmes ont un poids inférieur au poids considéré comme sain. Parmi les femmes dont le poids est déjà insuffisant, 12 p. 100 déclarent vouloir perdre du poids; parmi celles dont le poids correspond aux fourchettes de poids-santé, 60 p. 100 veulent perdre du poids. C'est chez les jeunes femmes que ce désir de minceur excessive est le plus vif.

7 *Santé et Bien-être social Canada, « Niveaux de poids associés à la santé : lignes directrices canadiennes », 1988.*

Tendances récentes

En comparant les résultats de l'Enquête Santé Canada (1978-1979) et ceux de l'*Enquête Promotion Santé Canada*, on peut avoir une idée de la façon dont les habitudes dont se sont prévalues les femmes en matière de santé ont évolué au cours des sept dernières années dans sept domaines précis : l'usage du tabac, la consommation excessive d'alcool, le port de la ceinture de sécurité, la consommation de cannabis, le test PAP, l'examen des seins et l'auto-examen des seins. Ainsi on constate que, dans chacun de ces domaines, les habitudes des femmes se sont améliorées.

Quelques différences notoires

- *Trente-deux pour cent des Canadiennes non autochtones fument la cigarette; cette proportion atteint 66 p. 100 chez les femmes dénées et 79 p. 100 chez les femmes inuits.*
- *Quatre pour cent des Canadiennes déclarent consommer du cannabis, proportion qui est de 12 p. 100 chez les femmes de 15 à 24 ans.*
- *Parmi les femmes de plus de 65 ans, 23 p. 100 déclarent avoir recours à des somnifères et 14 p. 100 à des tranquillisants.*
- *Quarante-trois pour cent des travailleuses pauvres fument, alors que pour les travailleuses plus aisées, le taux s'élève à 36 p. 100.*

Évolution des comportements des femmes en matière de santé

	Enquête Santé Canada (1978-79)	Enquête Promotion Canada (1985)	Changement Évolution
	%	%	%
Cigarette	34	32	-2
15 consommations alcooliques et plus par semaine	5	4	-1
Port régulier de la ceinture de sécurité	44	72	+28
*Consommation de cannabis	7	4	-3
Test PAP, au cours des trois dernières annés	60	71	+11
Examen des seins par un médecin ou une infirmière, au cours de l'année précédant l'enquête	45	65	+20
Auto-examen mensuel des seins	23	38	+15

*Source: Enquêtes du Ministère

Diffusion de l'information et intervention de l'État

L'enquête posait la question suivante : Parmi les sujets suivants, sur lesquels aimeriez-vous obtenir plus d'information : nutrition, hypertension, santé mentale, usage du tabac, consommation d'alcool, consommation de marijuana, sécurité et prévention des accidents?

Dans tous les groupes d'âge, un plus grand nombre de femmes que d'hommes déclarent vouloir obtenir des informations sur tous les sujets. La nutrition est le sujet qui intéresse le plus les femmes jusqu'à l'âge de 44 ans; l'hypertension prend la relève chez celles de 45 ans et plus.

Sujet ***Femmes désirant. obtenir de l'information*** ***Hommes désirant obtenir de l'information***

Pourcentage de femmes et d'hommes qui considèrent nécessaire d'être mieux informés sur divers sujet connexes à la santé. Les sujets sont les suivants :

	% de femmes	% d'hommes
Nutrition	13	10
Sécuritéty	11	7
Hypertension	11	9
Santé mentale	10	6
Usage du tabac	6	4
Consommation de marijuana	5	4
Consommation d'alcool	5	3
Rien	79	82

L'enquête posait également la question suivante : Pour chacun (de ces sujets), nous aimerions savoir à quel point vous jugez important que le gouvernement intervienne. *(Les réponses étaient données sur une échelle allant de 0 à 10, le niveau 10 étant le plus important.)*

Les femmes encouragent également plus que les hommes l'intervention de l'État. C'est en matière de santé mentale que l'on relève l'écart le plus prononcé; 68 p. 100 des femmes par rapport à 52 p. 100 des hommes favorisent l'intervention du gouvernement.

Sujet	% de femmes	% d'hommes
Sécurité routière	81	74
Consommation de drogues	78	70
Problèmes reliés à l'alcool	77	63
Santé des enfants	76	69
Santé mentale	68	52
Sécurité au travail	64	57
Tabac	60	47
Prévention des accidents à la maison	56	41
Hypertension	52	40
Nutrition	47	32

Pour tous les sujets, la demande d'une intervention quelconque de l'État est supérieure à la demande d'information personnelle. Les sujets qui, selon les personnes interrogées, nécessitent le moins d'être abordés par l'État (nutrition et hypertension) sont ceux qui figurent le plus haut dans les besoins d'information personnelle; les deux sujets jugés les moins importants du point de vue du besoin d'information (la sécurité routière et les drogues) sont ceux qui sont considérés comme les plus importants sur le plan d'une intervention de l'État.

Questions et défis

Un nombre plus élevé de femmes que d'hommes affirment déployer des efforts particuliers pour améliorer leur santé; cette affirmation est, en bonne partie, étayée par le comportement qu'elles déclarent adopter. En outre, il ressort de l'enquête qu'il existe un rapport positif entre le nombre d'habitudes saines et l'état de santé auto-évalué; en effet, les personnes qui ont un mode de vie sain auront plus tendance à se considérer en excellente santé et très heureuses que celles dont le mode de vie est moins sain dans l'ensemble. Néanmoins, un certain nombre de comportements et d'attitudes préventives peuvent encore être améliorés chez les femmes.

D'après les résultats de l'*Enquête Promotion Santé Canada*, il apparaît qu'il reste encore beaucoup à faire en matière d'information sur le poids-santé auprès des femmes, notamment des jeunes femmes. La mode actuelle et les industries médiatiques présentent trop souvent des idéaux irréalistes pour les femmes. Un trop grand nombre de femmes perçoivent encore comme un échec personnel le fait de ne pouvoir se conformer à cette image. Cela se reflète fortement dans l'enquête : en effet, la satisfaction que l'on a relevée au sujet de son poids est l'un des corrélats les plus probants de l'auto-évaluation de la santé chez la femme.

L'usage du tabac, la consommation d'alcool et de drogues, comme le contrôle du poids, doivent être abordés non seulement du point de vue des habitudes de santé personnelles, mais également du point de vue des conditions de vie complexes des femmes et des messages publicitaires qui leur sont adressés. Plus d'une femme interrogée sur trois est d'accord avec l'énoncé suivant : « Fumer garde mince ». Près de 40 p. 100 des femmes de 20 à 29 ans sont des fumeuses régulières — ce qui est très inquiétant aussi bien en raison des effets immédiats du tabagisme sur la santé génésique et des conséquences néfastes du mélange tabac-pilule anticonceptionnelle, que de la perspective à long terme d'une augmentation du cancer du poumon et des autres troubles respiratoires chez les femmes. Il faudrait évaluer à quel point certains produits ont été vantés auprès des femmes comme moyens de contrôler leur poids (p. ex., la cigarette, les boissons alcooliques à faible teneur en calories) ou comme symboles de succès, et dans quelle mesure les femmes ont commencé à utiliser ces substances comme des moyens socialement acceptables de faire face aux diverses pressions sociales. D'autres efforts devront être déployés, d'une part, pour comprendre pourquoi les jeunes femmes et les femmes travaillant dans le secteur des services et dans des emplois de cols bleus fument davantage que les autres et, d'autre part, pour mettre en place des programmes efficaces de prévention du tabagisme et d'abandon de la cigarette chez ces groupes.

Au Canada, comme dans la plupart des pays occidentaux, l'attention accordée à l'usage des drogues visait surtout la consommation de drogues illicites par les jeunes. D'après les résultats de l'enquête, il apparaît qu'il faut également tenter de réduire la prescription de sédatifs licites aux femmes âgées et leur utilisation par ces femmes. L'échec du mariage, la retraite ou la perte de son compagnon de vie sont autant d'éléments annonciateurs du recours aux somnifères et aux tranquillisants. L'effet net de ce phénomène pourrait être de « médicaliser » les conditions de vie des femmes ou de transformer un problème de distribution inéquitable de ressources, de demandes ou d'aide en « problèmes » de santé chez les femmes.

Bien que la majorité des personnes interrogées affirment faire des efforts pour améliorer leur santé, une importante minorité, soit 36 p. 100, déclare ne rien faire. Peut-être ces femmes manquent-elles des ressources nécessaires pour mener une vie plus saine. Les obstacles tels que le manque de temps, d'énergie, de motivation et de ressources (comme l'instruction, le revenu ou les possibilités d'emploi) peuvent tous contrecarrer les efforts des femmes qui désirent être en bonne santé. Le fait d'avoir choisi comme objet de la présente enquête les pratiques discrétionnaires en matière de santé ne veut pas dire que celles-ci sont toujours le fait d'un choix libre et éclairé; il n'est ni justifié, ni pertinent de « blâmer les victimes » pour leurs mauvaises habitudes de santé si on désire susciter des changements au niveau de leur comportement.

Pour plus d'information sur les divers sujets abordés ici, consulter les documents intitulés « Action Santé : alcool, tabac et marijuana », « Action Santé : nutrition, exercice et sécurité » et « Enquête Promotion Santé Canada : rapport technique ».

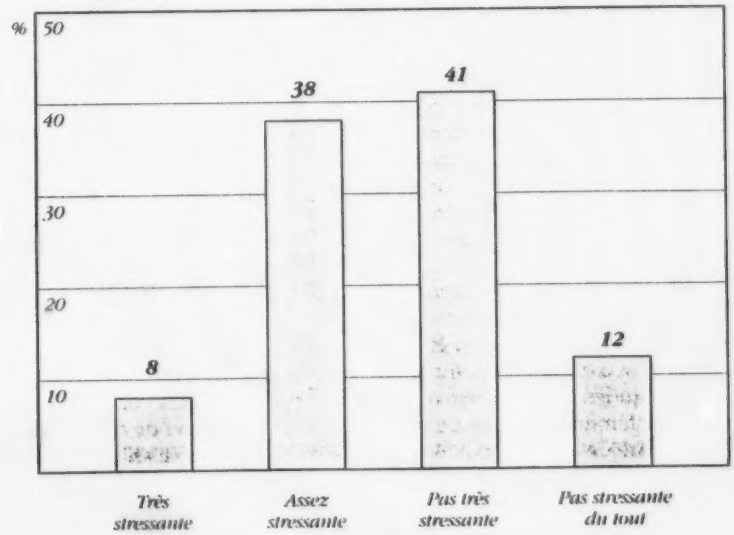
La capacité de se tirer d'affaire

« Apprendre aux gens à mieux se tirer d'affaire », il s'agit là de l'un des principaux défis proposés dans *La santé pour tous : plan d'ensemble pour la promotion de la santé*. Dans *La santé mentale des Canadiens : vers un juste équilibre*, document qui fait pendant au précédent, on peut lire : « Loin d'être synonyme de résignation, l'adaptation est un processus positif et dynamique [...] s'adapter signifie prendre en main une situation, se prouver qu'on est à la hauteur d'une tâche ou d'un défi. » Au chapitre 1, nous nous sommes penchés sur la façon dont les femmes évaluaient leur santé, et, à cette occasion, nous avons constaté que nombre d'entre elles la jugeaient très bonne, malgré des limitations prolongées de leurs activités et certains problèmes de santé. L'une des explications données est le fait que les femmes sont tout simplement bien préparées pour *composer* avec ces problèmes.

Dans ce chapitre, par l'étude des rapports entre l'état de santé auto-évalué, le stress, le bonheur et la limitation des activités, nous cherchons à déterminer la capacité des femmes de faire face à différents aspects d'une mauvaise santé. En outre, nous étudions le rapport entre la capacité de se

Au chapitre 4, nous étudions la capacité des femmes de faire face aux problèmes de santé et nous examinons certains des liens entre la santé des femmes et leurs rapports avec leur famille et leurs amis. Nous constatons, comme nous l'avons fait dans les chapitres précédents, que la santé et la capacité de se tirer d'affaire sont intimement liées aux conditions de vie des gens.

Fig. 4.1
L'auto-évaluation du stress par les femmes



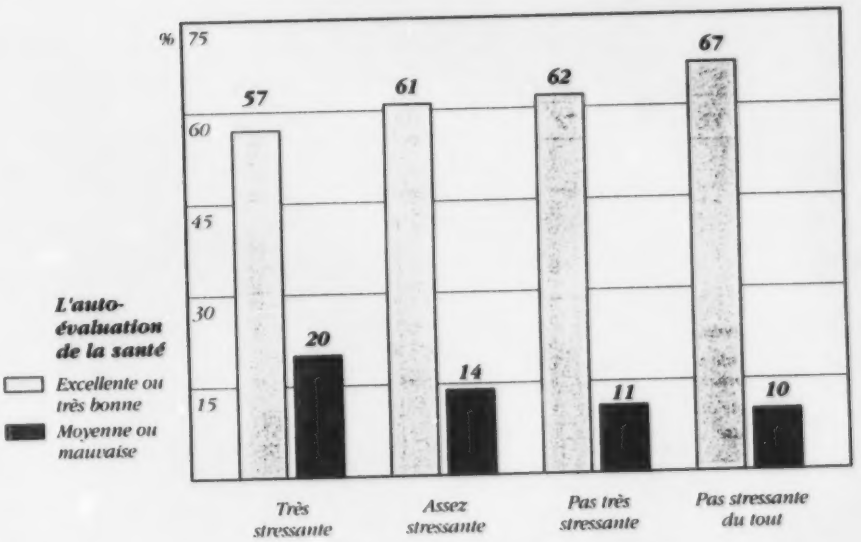
Dans l'ensemble, 46 p. 100 des Canadiennes ont jugé que leur vie était très stressante ou assez stressante.

tirer d'affaire et certains facteurs sociaux et économiques. Même si les résultats de notre étude ne nous indiquent pas nécessairement comment ni pourquoi les femmes se tirent d'affaire, ils indiquent clairement, en revanche, que bien des femmes arrivent à faire face à leur quotidien, notamment à une mauvaise santé (mauvaise selon la cote donnée par la femme elle-même) et à des limitations dans leurs activités.

Il est possible d'établir un rapport, d'une part, entre le stress et la tristesse et, d'autre part, entre la santé auto-évaluée et les limitations des activités, et ce d'au moins trois façons; en effet, les premiers peuvent perturber la santé physique ou mentale; ils peuvent découler de problèmes d'ordre physique ou mental; ou encore ils peuvent être des déterminants de la santé sans aucun rapport avec les problèmes de santé. On a demandé aux personnes interrogées dans le cadre de l'*Enquête Promotion Santé Canada* si elles considéraient leur vie comme *très stressante, assez stressante, pas très stressante ou pas stressante du tout*. Dans l'ensemble, 8 p. 100 des femmes ont jugé que leur vie était très stressante; 38 p. 100 d'entre elles l'ont jugée assez stressante; 41 p. 100 d'entre elles l'ont considérée comme pas très stressante; et, enfin, 12 p. 100 d'entre elles ont indiqué que leur vie n'était pas stressante du tout.

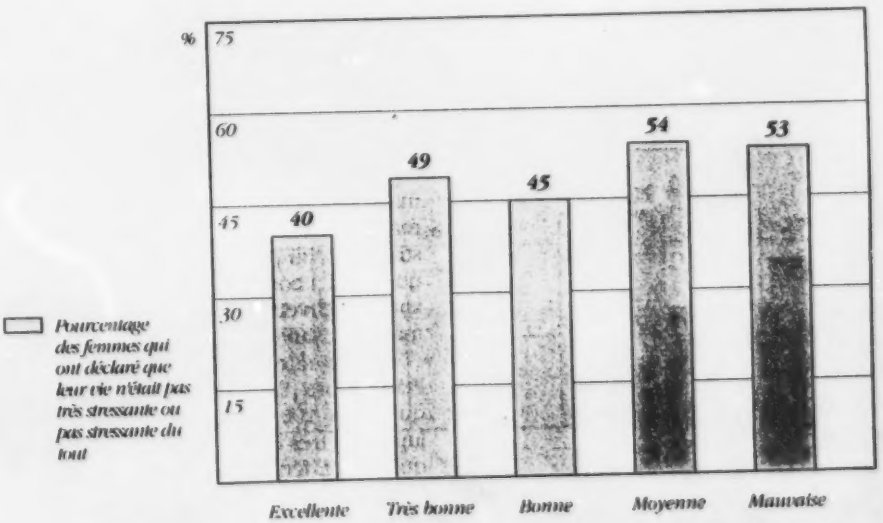
On a établi un rapport très étroit entre le stress et la santé auto-évaluée. En effet, 67 p. 100 des femmes qui ont répondu que leur vie n'était pas stressante du tout ont également estimé qu'elles étaient en très bonne ou en excellente santé. Par contre, 57 p. 100 seulement des femmes qui jugeaient leur vie très stressante ont indiqué qu'elles étaient en très bonne ou en excellente santé. Vingt pour cent des femmes qui ont répondu que leur vie était très stressante ont déclaré que leur santé était moyenne ou mauvaise, contre 10 p. 100 seulement de celles qui ont indiqué que leur vie

Fig. 4.2
L'auto-évaluation de la santé et du stress



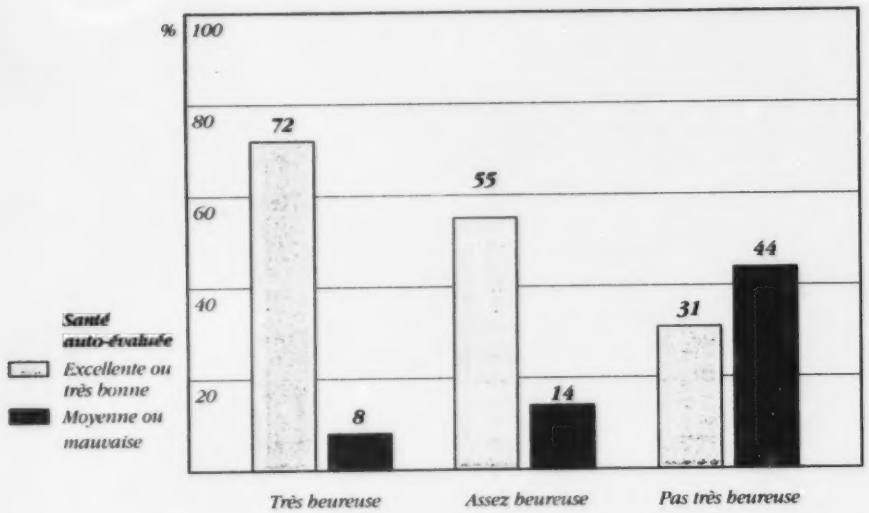
Les femmes qui estiment être soumises à peu de stress sont plus nombreuses à juger que leur santé est très bonne ou excellente; celles qui déclarent connaître beaucoup de stress sont plus nombreuses à juger leur santé moyenne ou mauvaise. Néanmoins, 57 p. 100 des femmes qui ont déclaré que leur vie était très stressante se sont dites en excellente ou en très bonne santé, ce qui semble vouloir dire qu'elles « composent » avec le stress.

Fig. 4.3
Le stress et la santé auto-évaluée



Quarante-sept pour cent des femmes dont la santé est moyenne ou mauvaise déclarent que leur vie n'est pas très stressante ou pas stressante du tout.

Fig. 4.4
Le bonheur et la santé auto-évaluée



Le bonheur est lié de façon plus étroite encore que le stress à la santé auto-évaluée.

n'était pas stressante du tout. Il n'en reste pas moins que 57 p. 100 des femmes qui ont répondu que leur vie était très stressante se sont déclarées en excellente ou en très bonne santé. Cela porte à croire qu'un bon nombre de femmes se tirent très bien d'affaire, malgré le stress auquel elles sont aux prises.

Inversement, la plupart des femmes qui jugeaient leur santé moyenne ou mauvaise ont fait état d'un degré de stress plus élevé que celui des femmes en excellente ou en très bonne santé. Par ailleurs, 47 p. 100 des femmes qui jugeaient leur état de santé moyen ou mauvais ont indiqué que, malgré leur mauvaise santé, leur vie n'était pas très stressante ou pas stressante du tout, ce qui porte à conclure que ces femmes sont effectivement aux prises avec une mauvaise santé.

Le lien entre le bonheur et la santé était encore plus marqué : c'est ainsi que 72 p. 100 des femmes qui se jugeaient très heureuses ont indiqué qu'elles étaient en très bonne ou en excellente santé, et que 8 p. 100 d'entre elles ont déclaré que leur santé était moyenne ou mauvaise. Trente et un pour cent seulement des femmes qui ont déclaré qu'elles n'étaient pas très heureuses ont indiqué que leur santé était excellente ou très bonne, et 44 p. 100 d'entre elles ont jugé que leur santé était seulement moyenne ou encore mauvaise.

Lorsqu'on compare les cotes attribuées à la santé et au bonheur, on constate que 51 p. 100 des femmes qui se sont jugées en excellente ou en très bonne santé ont déclaré qu'elles étaient très heureuses, ce qui n'était le cas que de 27 p. 100 des femmes qui jugeaient leur santé moyenne ou mauvaise. Il semble donc que la santé soit un déterminant à part entière du bonheur, sans en être toutefois le seul.

Si nous établissons un rapport entre le stress et la limitation des activités, nous constatons que 53 p. 100 des femmes dont l'activité est limitée ont jugé leur vie très ou assez stressante, contre 45 p. 100 des femmes dont l'activité n'était pas limitée.

Les femmes dont l'activité était limitée se sont jugées moins heureuses que celles dont l'activité n'était pas limitée. Parmi ces dernières, 46 p. 100 se déclaraient très heureuses, et 3 p. 100 seulement ne se jugeaient pas très heureuses, alors que 30 p. 100 à peine des femmes dont l'activité était limitée se sont déclarées très heureuses, et 11 p. 100, pas très heureuses.

En résumé, les limitations des activités ont influé sur les réponses des Canadiennes aux questions concernant leur stress et leur sentiment de bonheur. Signalons cependant qu'une forte proportion de femmes ont déclaré qu'elles avaient peu de stress et qu'elles étaient très heureuses malgré les limitations prolongées de leurs activités, ce qui porte à croire que nombre de femmes se tirent très bien d'affaire, malgré des problèmes chroniques de santé.

La capacité de se tirer d'affaire et les conditions de vie

Pour comprendre un peu de quelle manière les conditions de vie influent

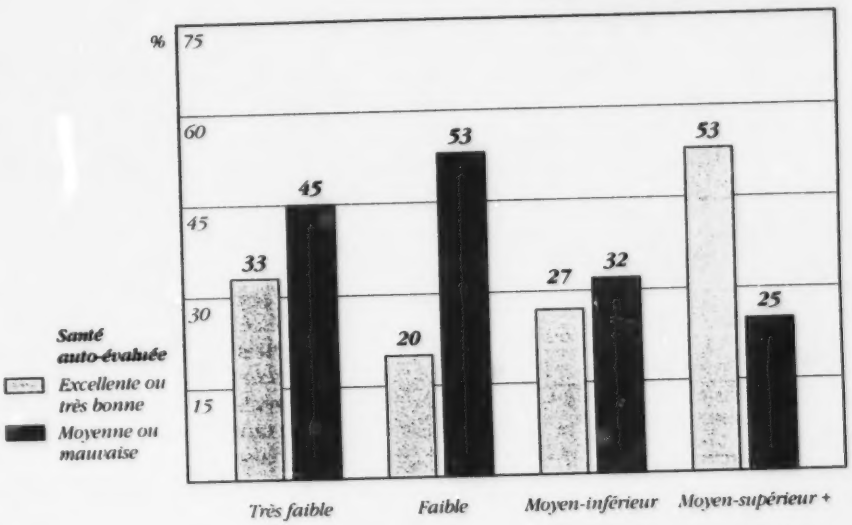
sur la capacité des femmes de se tirer d'affaire, nous pouvons étudier l'influence du niveau de revenu et d'instruction sur leur aptitude à composer avec les limitations de leurs activités.

Commençons par le revenu : parmi les femmes qui ont déclaré qu'elles étaient limitées dans leurs activités, 53 p. 100 de celles qui se situent dans les catégories de revenu moyen-supérieur ou supérieur ont indiqué qu'elles étaient en très bonne ou en excellente santé. On voit donc que pour ce qui est de la santé, ces femmes arrivent à faire face à leur situation. À peine 25 p. 100 des femmes de ce groupe ont indiqué que leur santé était moyenne ou mauvaise.

Par comparaison, 33 p. 100 des femmes appartenant au groupe de revenu très faible et 20 p. 100 de celles qui appartiennent au groupe de revenu faible et qui se disaient limitées dans leurs activités ont indiqué que leur santé était très bonne ou excellente; 45 p. 100 et 53 p. 100 respectivement de ces femmes ont indiqué que leur santé n'était que moyenne ou mauvaise. Les limitations dans l'exercice de leurs activités avaient en règle générale une influence beaucoup plus marquée sur la santé des femmes pauvres que sur celle des femmes plus aisées. En résumé, l'aptitude des femmes à composer avec des problèmes de santé qui les limitent dans l'exercice de leurs activités semble augmenter en fonction de leur revenu; ce dernier facteur serait donc une ressource favorisant la capacité de se tirer d'affaire.

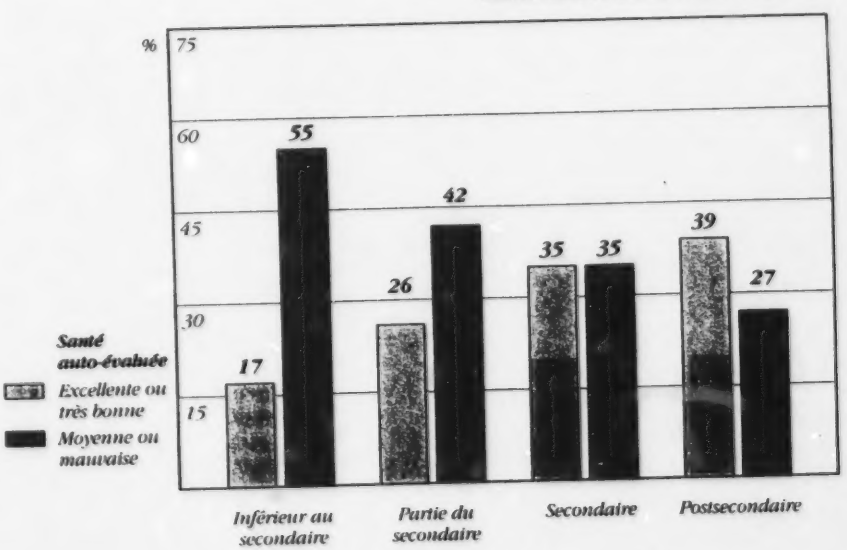
Les rapports entre la santé, le niveau d'instruction et les limitations des activités sont similaires. Ainsi, les limitations des activités avaient également une influence beaucoup plus marquée sur la santé auto-évaluée des femmes dont le niveau d'instruction était faible. Parmi les femmes qui ont fait part de limitations dans leurs activités, 39 p. 100 de celles qui avaient fait des études postsecondaires se sont déclarées en très bonne ou en excellente santé,

Fig. 4.5
Auto-évaluation de la santé et revenu des femmes qui ont fait état de limitations dans l'exercice de leurs activités



Parmi les femmes qui ont fait état de limitations dans leurs activités, celles qui avaient un revenu supérieur étaient plus nombreuses à se déclarer en excellente ou en très bonne santé que celles dont le revenu était moindre.

Fig. 4.6
Santé auto-évaluée et niveau d'instruction des femmes qui ont fait état de limitations dans l'exercice de leurs activités



Parmi les femmes qui ont déclaré des limitations dans leurs activités, celles qui avaient un niveau d'étude plus élevé étaient plus nombreuses à indiquer qu'elles étaient en excellente ou en très bonne santé que celles qui étaient moins scolarisées.

contre 17 p. 100 seulement de celles qui n'avaient pas terminé leurs études secondaires. On voit donc que, à l'instar du revenu, l'instruction est une ressource qui permet aux femmes de composer avec des problèmes de santé prolongés.

Les soins

Dans notre société, les femmes ont toujours été celles qui dispensaient les soins. Même si l'*Enquête Promotion Santé Canada* ne contenait pas de question précise sur le rôle des femmes en tant que prestatrices de soins à la maison, en étudiant certains aspects de la prestation de soins (en particulier, la sécurité à la maison et l'alimentation), ainsi que d'autres aspects des problèmes de santé, on a obtenu certaines données concernant le rôle des femmes en tant que dispensatrices de soins.

Les femmes prennent des mesures pour protéger les autres contre les dangers. Trente et un pour cent des personnes interrogées dans le cadre de l'*Enquête Promotion Santé Canada* ont indiqué que, durant les 12 derniers mois, elles s'étaient trouvées en compagnie d'un ou d'une amie ou d'un ou d'une parente qui avait trop bu pour pouvoir conduire en toute sécurité; 80 p. 100 de ces personnes interrogées sont intervenues pour empêcher la personne en question de se mettre au volant.

Les femmes prennent des mesures pour protéger la santé des autres. La question était la suivante : *Lorsque vous conduisez une voiture, insistez-vous pour que les enfants qui vous accompagnent bouclent leur ceinture de sécurité ou soient installés dans des sièges de bébé? (Toujours, presque toujours, parfois, rarement ou jamais).* Quatre-vingt-deux pour cent des femmes qui conduisent ont répondu qu'elles insistaient toujours pour que les enfants qui les accompagnent bouclent leur ceinture de sécurité ou soient installés dans des sièges de bébé.

Les femmes prennent des mesures pour éviter que le comportement des autres personnes ne mette leur santé en danger. Selon 68 p. 100 des personnes interrogées, la plupart des non-fumeurs sont dérangés par les personnes qui fument en leur présence; 86 p. 100 des femmes ont répondu que, avant d'allumer une cigarette en société, les fumeurs devraient demander la permission de le faire. Trente-six pour cent des femmes ont, au cours des 12 mois qui ont précédé l'Enquête, demandé à une personne de leur entourage de ne pas fumer.

Les femmes se préparent pour pouvoir s'occuper d'autres personnes et les protéger. Dix-sept pour cent des femmes, contre 24 p. 100 des hommes, ont indiqué qu'elles avaient pris un cours de premiers soins durant les trois dernières années; 29 p. 100 des femmes et 39 p. 100 des hommes ont indiqué qu'ils savaient faire de la réanimation cardio-respiratoire (RCR). Soixante et onze pour cent des femmes ont indiqué qu'elles disposaient à la maison d'une trousse de premiers soins; 77 p. 100 ont déclaré qu'elles avaient un détecteur de fumée; enfin, 47 p. 100 ont précisé qu'elles possédaient un extincteur.

Appui social : famille et amis

Les membres de la famille et les amis peuvent influer indirectement sur la santé d'une personne en lui faisant part de leurs connaissances, de leur comportement, de leurs croyances et de leurs habitudes en matière de santé. Le comportement et les actes d'amis proches et de membres de la famille sont des éléments clés du milieu social immédiat et ont donc, à ce titre, une grande influence sur la santé.

Dans l'ensemble, 1 p. 100 seulement des femmes ont répondu qu'elles ne fréquentaient aucune personne régulièrement; 34 p. 100 des femmes ont répondu qu'elles avaient 20 amis ou plus qu'elles fréquentaient régulièrement. Trois pour cent des femmes ont indiqué qu'elles n'avaient aucun ami ni aucune amie intime tandis que 37 p. 100 ont indiqué qu'elles en avaient beaucoup.

On a posé aux femmes deux questions connexes sur les amis : *Combien de personnes, y compris votre parenté, entrent dans votre cercle d'ami(e)s, c'est-à-dire dans le groupe de personnes que vous fréquentez régulièrement?* et *Parmi votre entourage, combien estimez-vous avoir d'ami(e)s intimes, c'est-à-dire de personnes auxquelles vous pouvez vous adresser en cas de besoin ou de difficulté?*

Il est intéressant de souligner que l'Enquête a permis d'établir un rapport entre l'amitié et la santé auto-évaluée. Parmi les personnes qui avaient beaucoup d'ami(e)s intimes ou quelques-unes, 63 p. 100 et 61 p. 100 respectivement ont indiqué que leur santé était très bonne ou excellente. Chez les femmes qui n'avaient aucun ami ni aucune amie intime, la proportion tombait à 50 p. 100. Si l'amitié peut favoriser ou entretenir la santé, il se peut par ailleurs, dans certains cas, qu'une mauvaise santé empêche d'établir de tels liens.

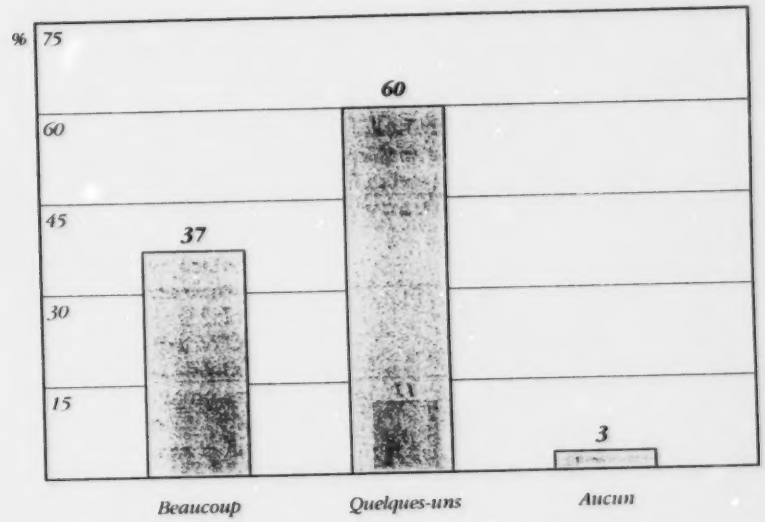
L'Enquête a également permis de constater que le comportement du conjoint et des amis influe considérablement sur les habitudes des femmes en matière de santé. En voici quelques exemples :

Tabagisme - Une femme dont le conjoint fume a trois fois plus de chances (le pourcentage est de 42 p. 100) de fumer que celle dont le conjoint est non-fumeur. Parmi les femmes qui ont répondu qu'aucun de leurs amis ne fumait, 9 p. 100 seulement consomment des cigarettes; si tous les amis de la femme ou la plupart d'entre eux fument, elle a sept fois plus de chances de fumer.

Consommation excessive d'alcool - Parmi les femmes qui ont répondu que leur conjoint consommait trop d'alcool, 6 p. 100 prennent au moins 15 consommations par semaine; en revanche, chez les femmes dont le conjoint consomme une quantité modérée d'alcool, la proportion n'est que de 2 p. 100. Moins de 1 p. 100 des femmes qui ont déclaré qu'aucun de leurs amis ne buvait à l'excès prennent plus de 15 consommations par semaine; 23 p. 100 des femmes dont la plupart voire tous les amis boivent une quantité excessive d'alcool ingurgitent elles-mêmes plus de 15 verres d'alcool par semaine.

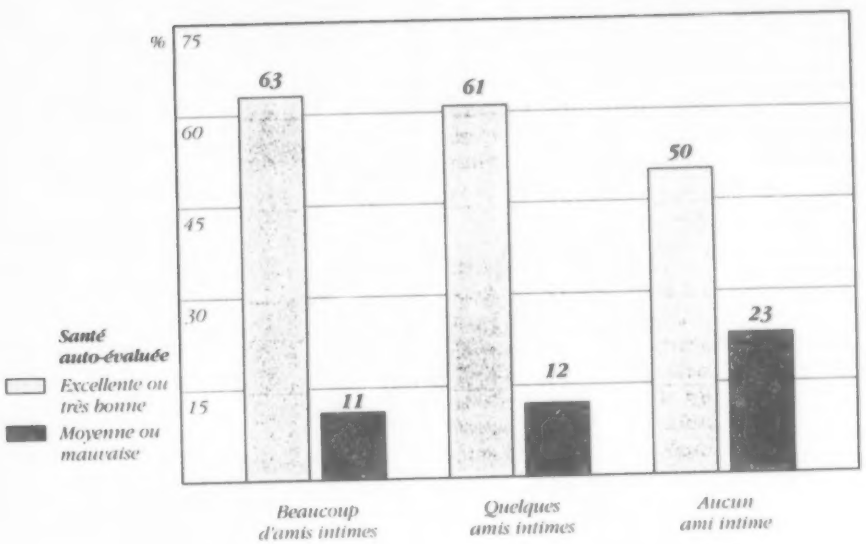
Consommation de marijuana - Moins de 1 p. 100 des femmes qui ont déclaré que leur conjoint ne consommait pas de marijuana en consomment elles-mêmes, alors que

Fig. 4.7
Les femmes et les ami(e)s intimes



Trente-sept pour cent des femmes ont indiqué qu'elles avaient de nombreux(euses) ami(e)s intimes (c'est-à-dire des personnes auxquelles elles pouvaient s'adresser en cas de besoin ou de difficulté).

Fig. 4.8
L'amitié et la santé auto-évaluée



Il est plus rare que des femmes qui n'ont pas d'ami(e) intime se considèrent en très bonne ou en excellente santé.

65 p. 100 des femmes dont le conjoint consomme de la marijuana ont dit en consommer elles-mêmes. D'autre part, 1 p. 100 seulement des femmes qui ont déclaré qu'aucun de leurs amis ne consommait de la marijuana en consomment elles-mêmes, alors que, parmi les femmes qui ont indiqué que la plupart sinon tous leurs amis consommaient de la marijuana, 34 p. 100 ont dit qu'elles en consommaient.

Consommation de somnifères et de tranquillisants - Une femme dont le conjoint prend des tranquillisants a cinq fois plus de chances d'en prendre elle-même que la femme dont le conjoint ne consomme pas ce genre de produit.

Exercice - La femme dont le conjoint fait de l'exercice régulièrement a une chance et demie de plus de faire régulièrement de l'exercice que la femme dont le conjoint est sédentaire. Parmi les femmes qui ont déclaré qu'aucun de leurs amis ne faisait régulièrement de l'exercice, 40 p. 100 font de l'exercice plus de trois fois par semaine; cette proportion monte à 76 p. 100 pour les femmes dont les amis font régulièrement de l'exercice.

Questions et défis

L'un des trois grands défis de la promotion de la santé énoncés dans *La santé pour tous : plan d'ensemble pour la promotion de la santé* consiste à apprendre aux gens à mieux se tirer d'affaire, c'est-à-dire augmenter l'aptitude des Canadiens à faire face à leurs problèmes de santé, en particulier aux affections chroniques pour lesquelles il n'existe pas de traitement médical à court terme. Grâce aux questions posées dans l'*Enquête Promotion Santé Canada* sur plusieurs « auto-évaluations » connexes de la santé, on a pu déterminer dans quelle mesure les Canadiens (en l'occurrence, les Canadiennes) pouvaient se tirer d'affaire. L'Enquête a établi qu'un nombre important de femmes semblaient être en mesure de composer avec un mauvais état de santé, des limitations dans leurs activités, du stress et un sentiment de tristesse.

Un point particulièrement important pour la promotion de la santé est donc la compréhension des liens entre les ressources, les réseaux d'appui et les exigences qui permettent le mieux de se tirer d'affaire. Pour pouvoir élaborer des programmes répondant aux préférences et aux besoins réels des femmes, nous devons mieux comprendre l'interaction entre ces facteurs essentiels.

L'*Enquête Promotion Santé Canada* s'est surtout penchée sur ce que les gens faisaient pour eux-mêmes; ce qu'ils faisaient pour autrui passait au second plan. Pourtant, le rôle que les femmes jouent depuis toujours dans la prestation de soins à leur famille et leurs amis est essentiel dans notre société, et ce, tant pour la santé de l'ensemble des Canadiens que pour l'élaboration de mesures d'intérêt public en matière de santé et la mise sur pied des futures initiatives de promotion de la santé. Dans la mesure où elle a étudié leur rôle de prestatrices de soins de santé, l'*Enquête Promotion Santé Canada* a permis de constater que bien des femmes prenaient souvent des mesures pour protéger la santé d'autrui, intervenaient pour empêcher les autres de menacer leur propre santé, et se préparaient pour pouvoir s'occuper des autres et les protéger.

Les soins primaires que les femmes dispensent chez elles sont, dans une large mesure, « invisibles ». Selon une enquête menée en 1986 par le Conseil consultatif canadien de la situation de la femme, 75 p. 100 des femmes se considèrent comme les principales prestatrices de soins pour leur famille; 12 p. 100 d'entre elles ont indiqué qu'elles partageaient cette tâche avec un autre adulte; et 13 p. 100, qu'elles recevaient un autre type d'aide. Il est clair que, dans les futurs efforts de promotion de la santé, il faudra reconnaître davantage le rôle joué par les femmes, qui veillent à la santé d'autrui, et essayer d'encourager les hommes à participer davantage à cette tâche importante.

Le comportement et les actes des amis intimes et des membres de la famille sont des aspects essentiels de l'environnement immédiat d'une personne, et influent donc largement sur la santé de cette dernière. La famille et les amis peuvent influer indirectement sur la santé d'une personne par leurs connaissances, leurs attitudes, leurs croyances et leurs habitudes en matière de santé; ils peuvent exercer une influence directe sur la santé par les soins qu'ils prodiguent et l'appui qu'ils offrent. Les résultats de l'*Enquête Promotion Santé Canada* indiquent tous que le comportement des ami(e)s intimes d'une femme et celui de son conjoint influent directement sur ses propres habitudes et sur son comportement, et vice-versa. De même, les résultats de l'Enquête ont révélé que l'amitié (le fait d'avoir des amis intimes) avait une influence directe sur la santé auto-évaluée.

Si l'on en juge par ces résultats, les efforts de promotion de la santé doivent viser non seulement les femmes à titre individuel, mais aussi la collectivité, la famille ainsi que les milieux sociaux dans lesquels les femmes travaillent, apprennent et vivent. ■

Pour plus d'information à ce sujet, consulter le document intitulé « Enquête Promotion Santé Canada : Étude spéciale sur le lien entre les réseaux sociaux et les comportements et attitudes favorables à la santé. »

Le rapport *Action Santé : les femmes* nous aide à comprendre certains des défis que nous devons relever pour permettre à toutes les Canadiennes d'avoir une santé optimale. Dans l'ensemble, les résultats du rapport indiquent que la plupart des Canadiennes sont satisfaites de leur santé, et que la plupart d'entre elles s'efforcent de l'entretenir et de l'améliorer. Ils révèlent également qu'il faut étudier les conditions socio-économiques sous-jacentes qui créent des inégalités entre les femmes sur le plan de la santé; qu'il faut amener les femmes à déployer plus d'efforts de prévention dans certains domaines de la santé; et, enfin, qu'il faut accorder une attention particulière aux ressources personnelles et sociales qui aident les femmes à composer avec leurs problèmes de santé.

Bien que, dans l'*Enquête Promotion Santé Canada*, on se soit efforcé d'examiner la santé telle que les Canadiens eux-mêmes la perçoivent et la « vivent », on n'a pas étudié tous les aspects de la vie des femmes qui influent sur leur santé. Par exemple, on ne s'est pas penché sur le rôle des femmes en tant que mères, protectrices de la santé et dispensatrices de soins. Dans le cadre d'enquêtes ultérieures sur la promotion de la santé, il faudra, pour mieux cerner les besoins réels des femmes en matière de santé, tenir davantage compte des conditions de vie particulières qui ont une influence directe et considérable sur la santé des femmes.

À la lumière des résultats de l'Enquête, nous devons inviter et aider les femmes à participer activement à la formulation de futures politiques et pratiques de promotion de la santé. Les modèles de soins personnels et d'entraide qui existent déjà, ainsi que les groupes et réseaux de soutien (tant officiels qu'informels) qui ont été créés par les femmes elles-mêmes, sont des ressources qui peuvent être importantes dans le cadre de l'élaboration et de la mise en œuvre de programmes de promotion de la santé.